

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GABRIELA CHRIST RAMOS NAVA

**GESTÃO DO CUIDADO REALIZADA POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS DECORRENTES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

CRICIÚMA/SC

2018

GABRIELA CHRIST RAMOS NAVA

**GESTÃO DO CUIDADO REALIZADA POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS DECORRENTES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientador(a): Profª Dra. Fabiane Ferraz

Co-orientador(a): Profª Dra. Cristiane Damiani Tomasi

CRICIÚMA/SC

2018

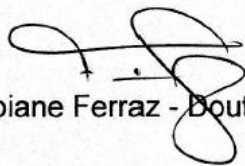
GABRIELA CHRIST RAMOS NAVA

**GESTÃO DO CUIDADO REALIZADA POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS DECORRENTES DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela
Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Bacharel em Enfermagem, no Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma/SC, 06 de dezembro de 2018

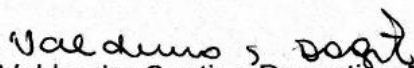
BANCA EXAMINADORA



Profª Fabiane Ferraz - Doutora - Orientadora



Profª Ioná Vieira Bez Birolo - Mestre - (UNESC)



Profª Valdemira Santana Dagostin - Doutora - (UNESC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que me deu o dom da vida, que me abençoa e me ilumina todos os dias com o seu amor infinito.

Gratidão eterna a meus pais que me apoiaram muito com seu amor e dedicação, que me ensinaram valores importantes e contribuíram com a minha educação. Agradeço a toda minha família que sempre acreditou no meu potencial e vibra com minhas conquistas.

Agradeço aos mestres e a toda Instituição, que me proporcionaram a chance de expandir os meus horizontes, e serviram de exemplo a ética e amor profissional.

À querida professora, orientadora, Fabiane Ferraz, que foi fundamental para meu desenvolvimento profissional e pessoal durante toda Graduação. E também a professora Cristiane pela orientação, apoio e confiança.

Aos amigos meu agradecimento por toda experiência compartilhada, tornando possível a realização dos meus objetivos. Gratidão eterna a minha amiga Edimara Maciel, que esteve ao meu lado em todos os momentos, me apoiando e motivando, e que estará para sempre em meu coração.

A todos que de alguma forma me ajudaram a acreditar nos meus objetivos, deixo meu agradecimento, porque sem eles não teria sido possível.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

Paulo Freire

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, agravada na presença de fatores de risco, em especial, idade avançada, histórico familiar, tabagismo, obesidade e diabetes. Constitui-se como um importante problema de saúde pública, pois está frequentemente associada a agravos como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Renal Crônica. Nesse sentido, a atenção básica em saúde, por ter como foco a promoção da saúde, prevenção, recuperação, tratamento e reabilitação, possui o potencial de ampliar a adesão ao tratamento e nortear resultados mais efetivos no controle da hipertensão arterial. O estudo teve como objetivo analisar como ocorre a gestão do cuidado realizada por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de agravos decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 89 Enfermeiros Gerentes de Estratégias Saúde da Família abrangendo os 12 municípios que integram a Região Carbonífera de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e novembro de 2018, por meio de um questionário estruturado e autoaplicável. Dos participantes do estudo 82 (92,1%) são do sexo feminino. A dificuldade dos enfermeiros em especializar-se área de Saúde Coletiva é alta, visto que é referida por 36 (56,3%). A falta de ações de Educação Permanente em Saúde, nos últimos anos, também é evidenciada na pesquisa, referido por 20 (23,0%) enfermeiros. Com isto, reflete no déficit em ações de educação em saúde e efetivação de grupos terapêuticos, 25 (28,0%), consequentemente aumento das dificuldades no controle da hipertensão, principalmente referente a mudança do estilo de vida 81 (98,8%) e na adesão ao tratamento medicamentoso 58 (72,5%). Conclui-se com o estudo que o cuidado às pessoas com HAS, realizado pelo enfermeiro da ESF é superficial, o que dificulta o controle da patologia e prevenção de agravos. São necessárias ações de educação permanente em saúde, bem como maior implicação, tanto com a gestão do cuidado, quanto com o cuidado realizado com usuários e familiares, com efetiva implantação do processo de enfermagem, na busca de sensibilização para adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de Risco. Gestão de Recursos da Equipe de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a multifactorial clinical condition characterized by sustained elevation of blood pressure levels ≥ 140 and / or 90 mmHg, aggravated by the presence of risk factors, especially advanced age, family history, smoking, obesity and diabetes. It is an important public health problem, as it is frequently associated with acute myocardial infarction, cerebrovascular accident and chronic renal insufficiency. In this sense, basic health care, focusing on health promotion, prevention, recovery, treatment and rehabilitation, has the potential to increase adherence to treatment and guide more effective results in the control of arterial hypertension. The objective of this study was to analyze how care management performed by nurses of the Family Health Strategy in the prevention of diseases due to Systemic Arterial Hypertension occurs. This is a descriptive study, with a quantitative approach, carried out with 89 Nurses Managers of Family Health Strategies covering the 12 municipalities that make up the Carboniferous Region of Santa Catarina. Data collection took place between August and November of 2018, through a structured and self-administered questionnaire. Of the 82 study participants (92.1%) were female. The difficulty of nurses to specialize in the area of Public Health is high, since it is referred by 36 (56.3%). The lack of actions of Permanent Education in Health, in recent years, is also evidenced in the research, referred by 20 (23.0%) nurses. As a consequence, it reflects 25 (28.0%) of the health education actions and 25 (28.0%) of the health education actions, resulting in an increase in difficulties in controlling hypertension, mainly in relation to lifestyle changes 81 (98.8%). and adherence to drug treatment 58 (72.5%). It is concluded with the study that the care of people with hypertension, performed by the nurse of the family health strategy is superficial, which makes it difficult to control the pathology and prevention of diseases. There is a need for permanent health education actions, as well as greater involvement, both in the management of care and in the care given to users and their families, with an effective implementation of the nursing process, in the search for awareness of adherence to treatment.

Key words: Primary Health Care. Health Education. Systemic Arterial Hypertension. Risk factors. Health Care Team Resource Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fatores que contribuem para o desenvolvimento de HAS e suas complicações.....	31
Figura 2: Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia.....	45
Figura 3: Algoritmo de manejo do indivíduo com hipertensão arterial sistêmica.....	46
Figura 4: Estratificação de risco a pessoas com HAS de acordo com fatores de risco adicionais, presença de LOA, DCV ou renal.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.....	36
Tabela 2: Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório >18 anos de idade.....	37
Tabela 3: Principais causas de HAS secundária, sinais indicativos e rastreamento diagnóstico.....	37
Tabela 4: Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA.....	40
Tabela 5: Principais classes, medicamentos anti-hipertensivos, mecanismos de ação e efeitos adversos.....	43
Tabela 6: Achados da consulta de enfermagem indicativa de risco para doenças cardiovasculares.....	53
Tabela 7: Estratégias Saúde da Família participantes do estudo por município da Região Carbonífera.....	60
Tabela 8: Caracterização dos Enfermeiros Gestores das Estratégias Saúde da Família da Região Carbonífera.....	61
Tabela 9: Dificuldades vivenciadas na assistência/cuidado a pessoas com HAS pelos Enfermeiros nas Estratégias Saúde da Família da Região Carbonífera.....	62
Tabela 10: Organização da atenção aos usuários portadores de HAS, associada a Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC).....	62
Tabela 11: Registro de informação dos usuários portadores de HAS nas Estratégias Saúde da Família da Região Carbonífera.....	63
Tabela 12: Consulta e Sistematização da Assistência em Enfermagem associada a ações/cuidados realizados pelos enfermeiros na ESF.....	64
Tabela 13: Organização da assistência/cuidado aos usuários com HAS, associada a demanda para agravos de saúde além das consultas programadas.....	65
Tabela 14: Ações desenvolvidas pela equipe da ESF, para redução de fatores de risco, associada a efetivação de grupos terapêuticos aos portadores de HAS.....	65

Tabela 15: Profissionais da Equipe multiprofissional envolvidos na assistência aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e realização de consulta compartilhada.....66

Tabela 16: Qualificação/capacitação específica para assistência/cuidado a pessoas com HAS, recebida pela equipe de ESF nos últimos 5 anos.....67

Tabela 17: Protocolos para assistência/cuidados as pessoas com HAS na ESF.....67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ERC	Estratificação de Risco Cardiovascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção Saúde
RASPCD	Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
RCV	Risco Cardiovascular
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.2 JUSTIFICATIVA	17
1.3 QUESTÃO NORTEADORA.....	18
1.4 HIPÓTESES	18
1.5 OBJETIVOS	18
1.5.1 Objetivo Geral	18
1.5.2 Objetivos Específicos	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS.....	20
2.2 ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
2.2.1 Estratégia Saúde da Família: Modelo de atenção com foco na integralidade e interdisciplinaridade do cuidado	24
2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E O IMPACTO À SAÚDE PÚBLICA...	28
2.3.1 Conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica	30
2.3.2 Etiologia	30
2.3.3 Prevenção primária da Hipertensão Arterial	31
2.3.4 Fisiopatologia	33
2.3.5 Mecanismos regulatórios da pressão arterial	33
2.3.6 Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores de Risco.....	34
2.3.7 Rastreamento e Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica.....	35
2.3.8 Classificação da Hipertensão Arterial	36
2.3.9 Hipertensão Arterial Secundária.....	37
2.3.10 Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.....	38
2.3.11 Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica	42
2.3.12 Complicações da hipertensão arterial sistêmica	47
2.3.13 Urgência e Emergência em hipertensão arterial	48
2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	49
2.4.1 Consulta de enfermagem para acompanhamento da pessoa com HAS....	51

2.4.2 Estratificação de Risco Cardiovascular as pessoas com HAS.....	52
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	56
3.1 TIPO DE ESTUDO	56
3.2 LOCAL DO ESTUDO	56
3.3 POPULAÇÃO	56
3.4 COLETA DE DADOS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.57
3.5 ANÁLISE DE DADOS	57
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4. RESULTADOS	60
5. DISCUSSÃO.....	68
6. CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	88
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	96
ANEXO A: PROJEÇÃO DO RISCO DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA DE ACORDO COM O ESCORE DE FRAMINGHAM.....	99
ANEXO B: TABELA PARA DETERMINAÇÃO DE RCV EM 10 ANOS.....	100
ANEXO C: CARTA DE ACEITE DA CIR.....	101
ANEXO D: CARTA DE APROVAÇÃO CEP.....	102

1. INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica vivenciada no Brasil nas últimas décadas, evidencia o aumento da longevidade populacional e consequente aumento das taxas de morbidade e mortalidade da população por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial, as doenças cardiovasculares. Estatísticas ratificam a importância do cuidado integral na prevenção e acompanhamento das DCNT, visto que quando não tratadas adequadamente desencadeiam inúmeros agravos à saúde.

A Atenção Básica em Saúde (ABS) está estruturada, teoricamente, para ser resolutiva na promoção em saúde, prevenção, recuperação e tratamento de doenças decorrentes de condições agudas e crônicas, de modo a evitar agravos. Contudo, em muitos espaços, há um déficit na qualidade da assistência oferecida a população, associado a inércia dos profissionais de saúde, que não assumem a integralidade e gestão do cuidado, como inerente ao processo de trabalho na ABS. Dessa forma, os indivíduos convivem diariamente com limitações e com alterações de hábitos de vida, que se modificam conforme a evolução da patologia, sem auferirem assistência adequada (QUEIROZ, 2015).

Os profissionais da ABS têm papel imprescindível nas estratégias de prevenção, diagnóstico, acompanhamento e controle de complicações de DCNT, em especial, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BRASIL, 2013). Visto que essa é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, acentuada com a presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, tabagismo, sobrepeso, obesidade e diabetes. Encontra-se frequentemente associada a eventos como morte súbita, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Arterial Periférica, Insuficiência Renal Crônica (IRC), entre outros (MALACHIAS et al, 2016).

Radovanovic et al (2014, p. 548), referem que:

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. Em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre as DCV, a Hipertensão Arterial Sistêmica, constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial.

A prevalência de HAS entre indivíduos residentes nas capitais, com idade ≥ 18 anos, foi de 25%. Entre adultos de 18 a 29 anos, o percentual foi de 2,8%; de 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e ≥ 75 anos, 55%. O Sudeste foi a região com maior prevalência de HAS (23,3%), seguido pelo Sul (22,9%) e Centro-Oeste (21,2%). Nordeste e Norte apresentaram as menores taxas, 19,4% e 14,5%, respectivamente (BRASIL, 2014b).

A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos e mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. A HAS apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle (MALACHIAS et al, 2016).

Assim, a assistência ao usuário portador de HAS deve considerar suas individualidades, como coexistência de outros fatores de risco e lesões de órgãos-alvo (LOA). Ressaltando-se que cerca de 80% dos hipertensos possuem comorbidades associadas, como diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, as quais elevam o risco de complicações cardiovasculares (PIMENTA; CADEIRA, 2014).

Melhorar os níveis tensionais dos indivíduos portadores de HAS vem sendo um desafio para os profissionais de saúde, em especial, na procura de estratégias capazes de aumentar o controle da hipertensão e dos fatores que estão contribuindo com este cenário alarmante de morbimortalidade. Apesar dos avanços na terapia medicamentosa, para o sucesso do tratamento, há necessidade de mudança de hábitos de vida. Por isso, é importante que o indivíduo portador de HAS se sinta protagonista desse processo de controle dos níveis pressóricos, para que a mudança no estilo de vida ocorra, bem como, a redução da exposição aos fatores de risco, minimizando o risco cardiovascular (CUNHA, 2016).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) promove a organização do serviço, quanto a métodos, materiais e instrumentos, importantes para desenvolver uma assistência de qualidade e efetiva aos usuários. Referente ao processo de trabalho em enfermagem, aspectos como a identificação de histórico familiar e pessoal, fatores de risco, vulnerabilidades, potencial para o autocuidado, mudança de comportamento, alimentação, práticas de atividade física e os sentimentos do usuário em relação a patologia, são importantes para o tratamento da hipertensão. Após a coleta de dados, o exame físico permite verificação da pressão

arterial (PA), medidas antropométricas, índice de massa corporal (IMC), frequência respiratória e cardíaca, ausculta pulmonar e cardíaca e avaliação geral dos aspectos clínicos. Assim, com essas informações é possível planejar junto com o portador de HAS, um plano assistencial, diligente aos fatores de risco encontrados, que devem ser reduzidos, com o objetivo de ampliar a expectativa de vida do mesmo (COFEN, 2009; BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a HAS constitui-se como fator de risco importante para DCV, associada à causa de morbididades, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos, sociais e epidemiológicos. A HAS e as DCV são patologias silenciosas, constituindo-se como uma ameaça para a saúde da população em geral. Diante disso, as doenças do aparelho cardiovascular representam a principal causa de morte no Brasil, todavia podem incidir sem aviso prévio, justificando maior relevância para a prevenção e redução dos fatores de risco, entre eles, a hipertensão arterial (GONZALEZ, 2015).

O Ministério da Saúde, frente a esse panorama, recomenda que as orientações sobre a mudança nos hábitos de vida sejam efetivas, de forma que o indivíduo participe do planejamento de sua assistência. O ideal é que o acompanhamento desse indivíduo, seja realizado por uma equipe multiprofissional, levando em consideração os aspectos culturais, raciais, econômicos, religiosos e sociais envolvidos no tratamento da HAS. Sobretudo para estimular à adesão do usuário a prática de atividade física, alimentação adequada, redução no consumo de sódio, controle do peso, abandono do tabagismo e ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, entre outras medidas, com objetivo de manter os níveis pressóricos dentro dos parâmetros ideais. Porém, isso só será possível a partir da conscientização do usuário, quanto à importância da adesão ao tratamento (BRASIL, 2009a).

Um sistema de atenção à saúde voltado especialmente às condições agudas e assistência fragmentada, é contraditório a situação atual de saúde brasileira, diante do predomínio de condições crônicas. Neste sentido, encontra-se um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), criadas pelo Ministério da Saúde em 2010, surgem como uma real possibilidade de correção dessa fragilidade, pois consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Ante o exposto, os profissionais da ABS necessitam dispor como foco, a prática centrada na pessoa e a assistência integral e interdisciplinar ao usuário com hipertensão arterial. Assim, envolvendo este e sua família na definição e estabelecimento de metas para o controle e prevenção de DCV decorrentes da HAS. Estes profissionais, têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle desta patologia (BRASIL, 2013).

1.2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem sido considerada um dos grandes desafios para a saúde pública em todo o mundo. A dimensão que esta patologia representa no cenário mundial, constitui-se como principal justificativa para a relevância deste estudo. Especialmente, pelo caráter crônico da patologia e sua instalação insidiosa, podendo permanecer assintomática por anos.

A motivação pela temática do estudo surgiu da percepção empírica da fragilidade na gestão do cuidado prestado aos indivíduos com hipertensão arterial, pelos profissionais de saúde na atenção básica, principalmente em relação à minimização de agravos decorrentes desta patologia. Acreditamos que a relevância desse trabalho se deve ao fato de que por meio do conhecimento científico, o enfermeiro como integrante da equipe de saúde, contribui para a promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos da HAS.

A adesão da pessoa portadora de hipertensão ao tratamento não medicamentoso é fundamental para minimizar complicações, que frequentemente são fatais. Estas, não podem ser consideradas habituais pelos profissionais de saúde, visto que, apenas o tratamento farmacológico não afasta os agravos subsequentes. O indivíduo com HAS merece atenção integral e interdisciplinar, e não apenas ser tratado como mais um a elevar as estatísticas da doença no país.

A escolha da Região Carbonífera para a realização dessa investigação deve-se à magnitude que a HAS tem tomado em nível local, com base nas informações secundárias dos dados epidemiológicos obtidos no DataSUS, sobre a prevalência da patologia. Via de consequência, contribuindo com o aumento das complicações, sequelas e mortes por doenças cardiovasculares, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida da população.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Como ocorre a gestão do cuidado realizado por Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de agravos decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica?

1.4 HIPÓTESES

- Entre os participantes da pesquisa, um número limitado possui formação em nível de pós-graduação na área de Saúde Coletiva, Atenção Básica em Saúde e Saúde da Família.
- Existe um déficit nas ações de Educação Permanente em Saúde para assistência aos portadores de Hipertensão Arterial pelos profissionais da ESF;
- Há um déficit na assistência de enfermagem, limitando os atendimentos as pessoas com HAS a consulta médica e renovação de receitas, sem avaliação clínica;
- O Enfermeiro ou a equipe da ESF não realizam a Estratificação de Risco Cardiovascular, considerando que a assistência de enfermagem ao usuário hipertenso, não é programada de acordo com o resultado desta.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar como ocorre a gestão do cuidado realizada por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de agravos decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil profissional dos participantes da pesquisa;

- Elucidar as principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais, na adesão ao tratamento da HAS pelos usuários e as ações desenvolvidas pela equipe de ESF para redução de fatores de risco;
- Identificar como as Equipes de Saúde da Família realizam o cuidado a pessoas com HAS, a fim de prevenir agravos decorrentes dessa patologia;
- Descrever o cuidado ofertado às pessoas com HAS, no que se refere a sistematização da assistência em enfermagem e estratificação de risco cardiovascular.
- Analisar se os profissionais das ESF realizaram, nos últimos anos, ação de Educação Permanente em Saúde para assistência aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica;

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

A mobilização social no século XX, baseada nos prejuízos à saúde da população decorrentes do modelo vigente na época, em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira, subsidiou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. O SUS ao longo de sua evolução acompanhou as transformações políticas, econômicas e sociais brasileiras (AGUIAR, 2011).

Antes da criação do SUS os serviços de saúde eram atrelados a Previdência Social, provocando a divisão da população brasileira em dois grandes grupos: cidadão de 1ª classe, que contribuía com a Previdência, podendo usufruir de uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela mesma, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O restante da população, os não-previdenciários, tinha acesso restrito a poucos hospitais e atividades filantrópicas. As competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS, são orientadas pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2003).

Dois anos após a promulgação da Constituição, a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, trouxeram temáticas indispensáveis que resultaram no caráter qualificado, deliberativo e representativo do SUS. A Lei nº 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Dessa forma, a população passa a exercer o controle social, de forma democrática e regulamentada, participando e fiscalizando as ações governamentais no âmbito da saúde, através dos Conselhos e Conferências de Saúde (LIMA; LIMA, 2017).

Todos os serviços públicos de saúde que agregam a rede regionalizada e hierarquizada compõem um Sistema Único de Saúde. A atenção à saúde como um direito universal e gratuito, foi estabelecida entre os artigos 196 a 200 da Constituição

de 1988. Portanto, a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, assegurado por intermédio das políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1990).

Além do acesso à assistência médica e aos serviços de saúde, o direito a saúde a todos os cidadãos, engloba melhores condições de vida, transversalmente a elaboração de políticas públicas. Os princípios e diretrizes desse sistema devem ser os mesmos para as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), por isso ele é considerado um sistema único. A universalidade diz respeito à garantia de acesso de toda população aos serviços de saúde, a equidade consente as diferenças entre os indivíduos, priorizando aqueles que apresentam maior necessidade (AGUIAR, 2011).

A integralidade como princípio norteador e doutrinário do SUS, pode ser inferida como uma estratégia que almeja o cuidado à saúde do indivíduo, de forma ampliada, reconhecendo aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, seu contexto social e em suas necessidades atuais de saúde, ou seja, uma assistência ao ser humano, e não a doença ou diagnóstico. Possibilitando a substituição do modelo Flexneriano, biomédico e hospitalocêntrico, fortemente difundido nas ciências da saúde (MAKUCH; ZAGOMEL, 2017).

O SUS está em constante avaliação e transformação. Durante esses anos, desde a sua implantação, a saúde brasileira teve muitos avanços, dentre eles: ampla descentralização de ações e serviços; estruturação dos Conselhos de Saúde em nível Nacional, Estadual e Municipal, que possibilitam a participação social; fortalecimento da rede pública de saúde; extensão de cobertura; ênfase na atenção básica, como porta de entrada preferencial do sistema; definição de fontes de financiamento público, entre outros (BRASIL, 2003).

Para configuração e fortalecimento de redes de atenção à saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS, através da participação efetiva da população e provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão. A partir da escuta qualificada e ampliada, o tema da intervenção ganha destaque, fica evidente a necessidade do protagonismo/autonomia do sujeito no processo de controle e tratamento da doença. A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma patologia, o profissional pode perceber

que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas (BRASIL, 2009b).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA COMO ORDENADORA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Visando superar o modelo biologicista, centrado no processo saúde-doença, em meados do século XX, acendeu caminhos para uma abordagem integral do cuidado em todas as partes do mundo. Entre os inúmeros escopos, merecem destaque a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior (1973-1974) e o Movimento Canadense (1974). Estes movimentos constituíram a base para conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a).

Consoante à demanda de apoio financeiro para efetuar as mudanças no modelo de operação da rede básica, responsabilidade dos Secretários Municipais de Saúde, foi idealizado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), definido como modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, em nível de atenção básica. Esse Programa teve como objetivos, melhorar o estado de saúde da população, humanizar o atendimento, proporcionar atenção integral, organizar o acesso à saúde, incentivar a participação social, entre outros. A partir de 1996, o PSF passa a ser considerado uma Estratégia de mudança do modelo assistencial, sobretudo com a discussão e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (RODRIGUES, 2011).

Com base no conceito de Cuidados Primários em Saúde, descritos na Declaração de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil após 2011, firmou o título de Atenção Básica à Saúde (ABS), adotando atividades de educação, vacinação, alimentação e nutrição, saneamento e organização sócio comunitária. Estas ações são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, com intuito de garantir a integralidade do cuidado, composta basicamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal, e agentes comunitários de saúde (CARNUT, 2017).

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.1).

Para a garantia da integralidade em sua multidimensionalidade, é indispensável que a educação formal privilegie o cuidado integral como prática comum às profissões da saúde e o papel da atenção primária nesse cenário. Dessa forma, é possível a transformação de um modelo de atenção tradicionalmente fragmentado, por intermédio do cuidado integral na assistência aos usuários, visando interferir sobre os fatores de risco em que os usuários estão expostos (CARNUT, 2017; RODRIGUES, 2011).

A ABS engloba a compreensão de múltiplos determinantes e condicionantes que interferem na melhora das condições de saúde da população, bem como, considera a pessoa em sua singularidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando um processo contínuo e sistemático de coleta, análise e disseminação de dados, sobre eventos relacionados à saúde, através da vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

A qualificação e diversificação das ofertas de cuidado, através da promoção em saúde, com base na visão ampliada do território e determinantes do processo saúde-doença, para o planejamento das intervenções da equipe. Além disso, é possível favorecer modificações para hábitos de vida mais saudáveis e sustentáveis. A finalidade das ações preventivas é minimizar o surgimento e os agravos de determinadas patologias, para evitar intervenções iatrogênicas e estimular o uso racional da terapia medicamentosa (BRASIL, 2017).

A ABS possui desempenho estratégico e ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS), dessa forma, combina alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado, com a incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras. Igualmente, as estratégias de organização da ABS nos territórios, configuram-se como um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais (BRASIL, 2017).

As RAS quando efetivamente incorporadas, contribuem fortemente para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de determinado território, considerando a ABS como porta de entrada preferencial do sistema, com adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado, entre outros. Portanto, a ABS constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade, ela é imprescindível na estruturação de ordenador e coordenador o cuidado (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014c).

A assistência à saúde voltada para a atenção a eventos agudos, que são valorizadas pelos políticos, gestores e profissionais, traz resultados drásticos aos usuários. Modificar a lógica de assistência para além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas, é essencial para um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas. Isto, com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária, norteados pela equipe da atenção primária à saúde, com *modus operandi* sobre os “determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas” (MENDES, 2011, p.50).

2.2.1 Estratégia Saúde da Família: Modelo de atenção com foco na integralidade e interdisciplinaridade do cuidado

Devido ao movimento de Reforma Sanitária, o termo integralidade em saúde, tornou-se diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de priorizar atividades preventivas sem prejuízo das assistenciais, com atuação ações orientadas na prevenção e cuidados individuais e coletivos. O atendimento integral é um conceito ampliado de saúde, resultante de hábitos de vida e saúde e contexto histórico, social e cultural, procurando sobrelevar a complexidade de saúde como única e exclusivamente ausência de doença. Em 1920, através do Relatório Dawson, a APS, como modelo de atenção à saúde, deveria ser formalizada em uma hierarquia, e organizada conforme nível de complexidade e região geográfica (COLIMOIDE et al, 2017).

Segundo Brasil (2017, p.7) a Estratégia Saúde da Família é considerada “estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde”.

Dessa forma, o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalece políticas assistenciais coordenadas, sistematizadas e controladas pelo acompanhamento e avaliação dos resultados e metas alcançadas (COLIMOIDE et al, 2017).

Conforme Camargo; Anjos; Amaral (2013, p. 865):

O Brasil vive, há mais de duas décadas, expressivas mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, decorrentes principalmente da necessidade de se disponibilizar para a população serviços básicos, acessíveis, equitativos e de melhor qualidade. Nessa perspectiva, a institucionalização da Estratégia Saúde da Família ganha evidência significativa como instrumento de reorganização do sistema de serviços de saúde. Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença e desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidades.

A ESF propõe a participação democrática e ativa do usuário como protagonista do cuidado, planejada para atender às necessidades de saúde dos indivíduos em sua singularidade e complexidade, visando à assistência integral. Às necessidades de saúde no contexto comunitário é imprescindível, principalmente para romper a fragmentação da oferta da atenção (COLIMOIDE et al, 2017).

Considerando a complexidade da assistência integral que a ABS requer, e para uma análise interdisciplinar centrada no usuário e na família, incorporando práticas de vigilância, promoção à saúde e prevenção de doenças, foi instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154/2008. O qual, tem como objetivo a expansão do cuidado integral e multiprofissional, prestando apoio às equipes de saúde da família, através de uma lógica matricial e perfil epidemiológico. Possui modalidades profissionais específicas, como Psiquiatra, Homeopata, Pediatra, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Educador Físico, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, entre outros (BRASIL, 2014a).

Dessa forma, o NASF proporciona acréscimo efetivo na resolatividade e qualidade da Atenção Básica. Através do aumento das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Diante disto, ampliam ações da atenção primária, capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades (BRASIL, 2014a).

Para assegurar equipe especializada e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, o apoio matricial pretende oferecer retaguarda assistencial e suporte teórico-pedagógico às equipes de referência. Portanto, é necessário prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade de cada um, prevista em sistemas hierarquizados, como mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação. As equipes de referência têm como objetivo ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. Além disso, busca coincidir a unidade de gestão que compõe as organizações de saúde com a unidade de produção interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nesse sentido, um dispositivo importante que deveria ser utilizado pela ESF, para assistência integral no cuidado ao usuário, é o projeto terapêutico singular (PTS), que se constitui, em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito ou comunidade, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, apoiada se possível, pela equipe NASF (BRASIL, 2014a).

Este instrumento de cuidado, provoca a reorganização do modelo tradicional do processo de trabalho, pois implica necessidade de constructos interdisciplinares, com a horizontalização dos processos e conhecimentos, encontros de espaço coletivo sistemático, de reflexão, compartilhamento e corresponsabilização das ações. Dessa forma, é possível conferir aumento eficaz dos tratamentos e fortalecimento dos vínculos, sendo um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades e a complexidade de cada pessoa (BRASIL, 2014a).

Dentro dessa lógica, a equipe de referência é incumbida de intervir em problema de saúde, com distintos profissionais, para alcançar objetivos comuns e realização de tarefas interligadas, pretendendo assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, e investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Segundo Campos; Domitti, (2007, p. 400):

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários.

Assim, a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, considerando os aspectos biomédicos, sociais e psicológicos, com reconhecimento da complexidade e da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Essa postura exige dos profissionais de saúde, uma análise permanente de seus próprios valores. “O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados” (BRASIL, 2009b, p. 21).

A formação de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros, deveria ser orientada para a assistência integral, voltado aos múltiplos aspectos orgânicos, sociais, emocionais e espirituais, com foco no ser humano. Este modelo de assistência deveria ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde (COLIMOIDE et al, 2017).

Porém, o papel do enfermeiro, vem sendo submetido a empecilhos e desafios, que por vezes, assume responsabilidades e funções acumulando atribuições que interferem na qualidade do serviço e no desenvolvimento das atividades, especialmente estratégia saúde da família, interferindo na sua atuação, condições de trabalho e salários, divisão de responsabilidades, relações interdisciplinares, acesso à qualificação, entre outros (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E O IMPACTO À SAÚDE PÚBLICA

A alta prevalência da HAS em adultos e idosos, suas complicações, taxas de morbimortalidade, bem como, impactos sociais, econômicos e previdenciários, consideram um sério problema epidemiológico no Brasil e no mundo. Possui inúmeros fatores desencadeantes, que elevam os níveis pressóricos, acarretando agravos cardiovasculares e metabólicas, que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

A prevalência de HAS no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação. A HAS contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Cerca de 36 milhões de indivíduos adultos possuem HAS (32,5%), e mais de 60% dos idosos. Portanto, suas complicações (cardíacas, renais e cerebrovasculares), têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALACHIAS et al, 2016).

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce, o qual não requer tecnologia sofisticada. A patologia pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida e com medicamentos de baixo custo, comprovadamente eficazes (BRASIL, 2013).

O controle da HAS, por tratar-se de doença crônica, requer acompanhamento e tratamento ao longo da vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, o emprego de novas estratégias de estratificação do risco cardiovascular, para prevenção e controle da HAS, traz inúmeros benefícios para os indivíduos e para a saúde pública brasileira (RADOVANOVIC et al, 2014).

Sabe-se que há diferenças na prevalência de hipertensão arterial sistêmica nas populações, por influências biológicas, do estilo de vida, do ambiente, da organização do sistema de saúde e das possíveis interações entre os componentes desses elementos. Atinge perto de 15 a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e prevalece nas pessoas do sexo masculino entre 45 e 50 anos de idade. Após essa faixa etária, a prevalência é maior nas mulheres. A hipertensão arterial sistêmica duplica o risco do aparecimento da doença cardiovascular, sendo o primeiro fator de risco para o acidente vascular cerebral (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013, p. 865).

A HAS é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, em sua maioria, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, esta, por sua vez, é um fator etiológico para insuficiência cardíaca, déficits cognitivos, como Alzheimer e demência vascular. Essa pluralidade de consequências que provocam redução na expectativa e qualidade de vida dos indivíduos, coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e ressalta mais uma vez, a importância da prevenção desta, na população mundial (BRASIL, 2013).

As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de morte no Brasil, em 2011, sendo responsáveis por 30,75% dos óbitos ocorridos no País. Ressalta-se, novamente, que esse índice aumenta progressivamente com a elevação da PA, a partir de valores de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) de 115/75mmHg, respectivamente. A HAS por sua elevada prevalência e pela gravidade de suas complicações, constitui o principal fator de risco independente e modificável relacionado a doença cardiovascular (MALACHIAS et al, 2016).

Entretanto, cerca de 60% de total de mortes atingiram a população adulta, na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Entre elas destacam-se as doenças cerebrovasculares (30,1%) e as doenças isquêmicas do coração (30,9%). As demais causas de óbitos de origem cardiovascular, cerca de 39,1%, tem a HAS como suas manifestações mais graves. Em relação à distribuição por gênero, ocorre maior percentual de óbitos por doença arterial coronariana em homens (58,1%) do que em mulheres (41,9%) e distribuição semelhante para acidente vascular cerebral (50,5 e 49,5%) e óbito de origem cardiovascular é de 49% em homens e 51% em mulheres (MALACHIAS et al, 2016).

Manter controlado os níveis pressóricos e motivar à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, são os objetivos principais da ABS no cuidado ao indivíduo com HAS. Para tanto, a assistência deve ser interdisciplinar, com a finalidade de reduzir o desencadeamento de DCV e a morbimortalidade, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

O tratamento adequado da hipertensão previne as suas complicações, principalmente cardiovasculares. Portanto os usuários com HAS devem ser acompanhados, orientados e estimulados de forma contínua, à mudança no estilo de

vida, considerando a eficácia de hábitos saudáveis para a redução e controle de valores pressóricos e a diminuição de RCV (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

2.3.1 Conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica

A elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, caracteriza uma condição clínica multifatorial, conhecida como hipertensão arterial sistêmica, associada a distúrbios metabólicos e agravada pela presença de inúmeros fatores de risco, responsável em suma, por alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (MALACHIAS et al, 2016).

A HAS é uma condição, do ponto de vista clínico, caracterizado por elevação constante e crônica dos valores pressóricos sistólicos e diastólicos da pressão arterial, acima de limites estabelecidos por critérios estatísticos e epidemiológicos. Do ponto de vista estatístico, a HAS é um desvio da distribuição *gaussiana* para a direita, no qual os níveis pressóricos dos indivíduos acometidos situam-se cronicamente dois desvios-padrão acima da média, ou seja, no percentil noventa e cinco (95%). Do ponto de vista epidemiológico, a HAS representa os valores pressóricos a partir dos quais ocorre aumento do risco de eventos cardiovasculares como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e cardiovascular (MAGALHÃES et al, 2015).

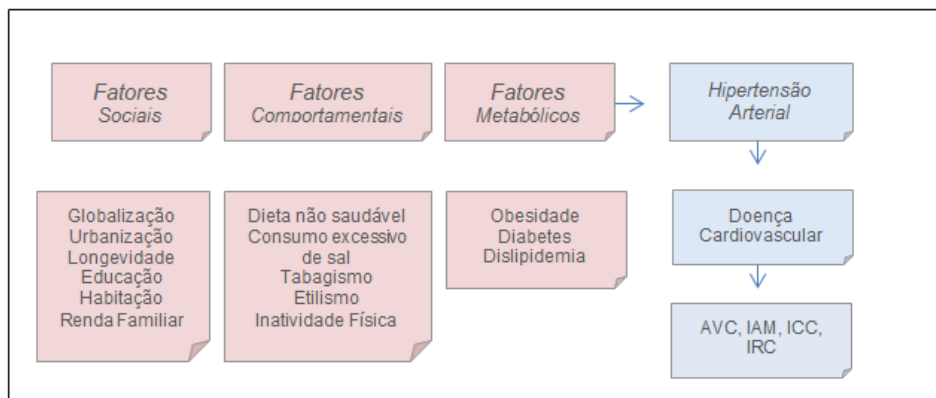
2.3.2 Etiologia

Apesar do importante avanço no conhecimento de sua fisiopatologia e disponibilidade de métodos efetivos para diagnóstico e tratamento, a correta determinação da origem da HAS representa um desafio durante o diagnóstico. Quando possui causa definida para elevação da PA, considera-se hipertensão arterial secundária (5% dos casos) e quando não se consegue evidenciar uma causa envolvida, ou seja, podem ter vários fatores envolvidos no desencadeamento da patologia, caracteriza-se hipertensão arterial primária (MAGALHÃES et al, 2015).

Portanto, a HAS resulta de uma complexa interação entre fatores genéticos (variações genéticas, fenótipos intermediários que regulam os sistemas renina-angiotensina-aldosterona, sistema nervoso simpático, endotélio vascular, os sistemas

renais e canais tubulares de sódio) e ambientais, como os fatores sociais, comportamentais e metabólicos, conforme descrito na (Figura 1) (MAGALHÃES et al, 2015).

Figura 1: Fatores que contribuem para o desenvolvimento de HAS e suas complicações



Fonte: MAGALHÃES et al, 2015.

2.3.3 Prevenção primária da Hipertensão Arterial

Cerca de 85% dos indivíduos com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio, apresentam a hipertensão arterial associada. Dessa forma, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida do indivíduo, como também para evitar a hospitalização e os gastos desnecessários. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações, porém, com frequência, levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para a pessoa com HAS, sua família e a sociedade (BRASIL, 2001).

Existem basicamente duas estratégias de prevenção primária da HAS, a dirigida a população geral e a dirigida a grupos de risco. Baseia-se principalmente na redução a fatores de risco, tais como, sobrecarga na ingestão de sal, excesso de adiposidade, especialmente abdominal, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, entre outros. As medidas são equivalentes às propostas para tratamento não medicamentoso da HAS, também chamadas de promoção de mudança no estilo de vida (MEV). Esta tem como objetivo diminuir os fatores de risco reduzir a pressão arterial e consequentemente DCV. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o indivíduo é conscientizado da importância de adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial (BRASIL, 2013).

Portanto, a pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas junto aos indivíduos e familiares, implica a necessidade de uma assistência interdisciplinar e integral. Recomenda-se que essa assistência seja oferecida, em especial, a indivíduos com PA limítrofe, pois se existirem fatores de risco associados, como diabetes mellitus e obesidade, o risco de desenvolver HAS é alto (BRASIL, 2013).

Ressaltando que a promoção à saúde e a orientação de MEV deve ser realizada em todos os momentos por todos os profissionais da ABS. A MEV tem grande impacto na redução da pressão arterial, isso resulta em baixo custo com tratamento de saúde, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso, além de minimizar o RCV. As MEV precisam fazer parte da consulta de enfermagem pois são benéficas para a prevenção de diversos agravos não transmissíveis (BRASIL, 2013).

Conforme Brasil (2013, p. 37):

Nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo será para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo.

Portanto, é de competência da equipe de saúde na prevenção da HAS e suas complicações, remover os fatores de risco, enfatizando o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, redução do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável. Além disso, a equipe de saúde deve realizar campanhas educativas periódicas, abordando fatores de risco para as doenças crônicas. Programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário. Reafirmar a importância de medidas preventivas aos grupos de indivíduos situados no grupo normal/limítrofe na classificação. As equipes de Saúde da Família devem procurar realizar uma ação articulada as Secretarias Municipais, visando otimizar recursos e buscar parcerias com as sociedades científicas relacionadas a essa patologia (BRASIL, 2001).

2.3.4 Fisiopatologia

A força exercida pelo sangue por unidade de área contra a parede vascular é chamada pressão arterial (PA). Essa é determinada pelo volume de sangue contido dentro do leito vascular e pelas propriedades estruturais e funcionais da parede dos vasos. A PA é a única força de energia propulsora, para promover o deslocamento dentro do circuito vascular até retornar ao coração (MAGALHÃES et al, 2015).

Durante a sístole, apenas um terço do volume sistólico ejetado pelo ventrículo esquerdo segue para o leito vascular periférico, enquanto o volume restante expande as paredes arteriais, elevando a pressão arterial e armazenando energia cinética. Em seguida, durante a diástole essas paredes distendidas retornam passivamente para seu volume inicial, liberando a energia acumulada, para manutenção de um fluxo contínuo (MAGALHÃES et al, 2015).

A pressão máxima alcançada durante a ejeção ventricular é denominada pressão arterial sistólica (PAS) e corresponde, em condições normais, a um valor de aproximadamente 120mmHg. A pressão mínima mensurada no final da diástole é chamada pressão arterial diastólica (PAD) e seu valor normal está em torno de 80mmHg. Assim, ficou estipulado que os valores normais de pressão arterial seriam 120/80 mmHg para PAS e PAD, respectivamente (MAGALHÃES et al, 2015).

2.3.5 Mecanismos regulatórios da pressão arterial

O mecanismo de regulação da PA é complexo e envolve a participação de estruturas paralelas que atuam cada uma com sua própria dinâmica e com seus próprios efetores. Há mecanismos de regulação rápida como os barorreceptores, os quimiorreceptores arteriais e a resposta isquêmica do sistema nervoso central, capazes de responder em questão de segundos a variação severa da função hemodinâmica circulatória, como a mudança da posição supina para posição ereta (MAGALHÃES et al, 2015).

Os sistemas regulatórios têm função importante em situações emergenciais, como em hemorragias. Em médio prazo, adquire maior destaque a ação das propriedades mecânicas das paredes vasculares, capazes de acomodar seu diâmetro a situações de estiramento prolongado e a reabsorção de fluido do interstício

para o interior dos capilares, em situações de hipotensão prolongada (MAGALHÃES et al, 2015).

A capacidade regulatória renal baseia-se no fato de que a pressão de perfusão renal exerce uma profunda influência sobre a excreção de sódio e água. Portanto, quando a PA está elevada, a excreção renal de água e sódio aumenta, reduzindo o volume sanguíneo, ocorre queda no débito cardíaco e na PA, retornando os níveis pressóricos normais (MAGALHÃES et al, 2015).

2.3.6 Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores de Risco

A hipertensão arterial é uma síndrome multifatorial, multicausal e multisistêmica. Existem alguns fatores, considerados como fatores de risco, associados entre si e a outras condições, que favorecem a manifestação da HAS, sendo eles idade, sexo, raça, consumo excessivo de sódio, sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo e obesidade. O desenvolvimento da HAS em decorrência do processo de envelhecimento deve-se as alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos. Considerando o sexo, nos homens em geral a HAS desenvolve-se após os 30 anos e nas mulheres após a menopausa, porém mulheres que fumam e utilizam anticoncepcional são atingidas precocemente. Estudos apontam que a etnia negra predispõe maior prevalência de hipertensão e formas mais graves da doença. Contudo, deve-se ponderar a miscigenação da população brasileira, que dificulta a classificação genérica da mesma (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

A nicotina é prejudicial ao organismo, e promove a liberação de catecolaminas, o que aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica, via de consequência, eleva a PA e contribui para complicações cardiovasculares em pessoas portadoras de hipertensão arterial. Outro fator que contribui para o agravamento da patologia é o álcool. O aumento das porcentagens de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingerido diariamente. O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre pessoas fisicamente ativas, o aumento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

Dessa forma, é cogente a abordagem com enfoque biopsicosocial e interdisciplinar para o controle da HAS e a prevenção de DCV. Os fatores citados acima, em geral, aumentam o risco da gravidade e de complicações, bem como, quanto mais fatores de risco o indivíduo estiver exposto, maior será o risco de desenvolver doença cardiovascular. Este risco eleva-se progressivamente conforme o estágio hipertensão, o número de fatores de risco e a severidade e extensão das lesões em órgãos-alvo (BRASIL, 2009a).

2.3.7 Rastreamento e Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica

O Ministério da Saúde preconiza, de forma geral, que a verificação da PA seja realizada a cada dois anos. Portanto, toda pessoa, maior de 18 anos, quando for à UBS para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, os profissionais devem aferir sua PA e registrar no prontuário. Contudo, de acordo com a média dos dois valores pressóricos obtidos, a PA deverá ser verificada anualmente, se PA entre 120/80 a 139/89 mmHg sem fatores de RCV; em um intervalo de 1 a 2 semanas, se PA maior ou igual a 140/90 mmHg ou PA entre 120/80 a 139/89 na presença de fatores de RCV (BRASIL, 2013).

O cuidado para um diagnóstico correto de uma condição crônica, é importante, pois acompanhará o indivíduo por toda vida. Portanto, a constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. A PA deve ser verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana, com média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, bem como, a aferição não deve ser em meio a estresse físico e emocional (BRASIL, 2013).

A auto medida da pressão arterial (Ampa) por usuários ou familiares em domicílio, é uma fonte adicional para o diagnóstico, tendo em vista que possibilita uma estimativa real da variável de níveis pressóricos aonde o indivíduo passa maior parte do tempo. A Ampa também propicia suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM). Via de consequência, recomenda-se a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico de HAS. A Mapa

é feita por aparelhos validados que empregam o método oscilométrico, aferindo a PA várias vezes ao dia e também durante o período do sono (BRASIL, 2013).

Tabela 1: Valores de pressão arterial no consultório, Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.

	Consultório	*Mapa Vigília	*Ampa	*MRPA
Normotensão ou hipertensão Controlada	< 140/90	≤ 130/85	≤ 130/85	≤ 130/85
Hipertensão	≥ 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85
Hipertensão do avental branco	≥ 140/90	< 130/85	< 130/85	< 130/85
Hipertensão mascarada	< 140/90	> 130/85	> 130/85	> 130/85

* Mapa = monitorização ambulatorial da PA; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.
Fonte: BRASIL, 2013

O diagnóstico e acompanhamento do indivíduo com HAS, baseia-se principalmente no exame clínico. Porém sugere-se periodicidade anual de alguns exames, como eletrocardiograma, dosagem de glicose, colesterol total, triglicerídeos, creatinina, potássio, entre outros. Outros exames complementares poderão ser requeridos, mas não são indispensáveis para estratificar o risco e tomar decisões terapêuticas na HAS (BRASIL, 2013).

A radiografia de tórax, por exemplo, deve ser feita quando houver suspeita de repercussão mais intensa de hipertensão sobre o coração, como insuficiência cardíaca, podendo demonstrar aumento do volume cardíaco, sinais de hipertensão venocapilar e dilatação da aorta, ou quando houver outra indicação, como doença pulmonar obstrutiva crônica. O ecocardiograma é indicado quando existe indícios de insuficiência cardíaca. Porém, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada pessoa, considerando o RCV, as metas de cuidado e as complicações existentes (BRASIL, 2013).

2.3.8 Classificação da Hipertensão Arterial

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, bem como, valores de Mapa, Ampa e MRPA, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 2). Os limites de PA considerados normais são arbitrários. A normotensão é caracterizada quando os níveis pressóricos estão ≤ 120/80 mmHg, e a HAS controlada é quando, sob tratamento anti-hipertensivo, o indivíduo permanece com a PA controlada tanto no

consultório como fora dele. A pré-hipertensão é um quadro marcado pela presença de PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 mmHg. Os pré-hipertensos têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de DCV quando comparados a indivíduos com PA normal, $\leq 120/80$ mmHg, necessitando de acompanhamento periódico (MALACHIAS et al, 2016; BRASIL, 2013).

Tabela 2: Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório > 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (MALACHIAS et al, 2016).

2.3.9 Hipertensão Arterial Secundária

A suspeita de Hipertensão Arterial Secundária é baseada na história e no exame físico do indivíduo, bem como, na indicação de exames complementares. As situações em que se deve investigar causas secundárias de HA estão na (Tabela 3).

Este tipo de hipertensão possui causa definida, que é potencialmente tratável e/ou curável, acometendo menos de 3% dos hipertensos. A correta avaliação dessas pessoas é fundamental, visto que pode determinar a interrupção dos anti-hipertensivos (BRASIL, 2013).

Tabela 3: Principais causas de HA secundária, sinais indicativos e rastreamento diagnóstico.

Achados clínicos	Suspeita diagnóstica	Estudos adicionais
Ronco, sonolência diurna, SM	Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)	Questionário de Berlim, polissonografia ou poligrafia residencial com 5 ou mais episódios de apneia e/ou hipopneia por hora de sono.
HAR e/ou com hipopotassemia (não obrigatória) e/ou com nódulo adrenal	Hiperaldosteronismo primário (hiperplasia ou adenoma)	Determinações de aldosterona (>15 ng/dL) e atividade/ concentração de renina plasmática; cálculo da relação aldosterona/renina >30 . Testes confirmatórios (furosemida e captopril). Exames de imagem: TC com cortes finos ou RNM

Edema, anorexia, fadiga, creatinina e ureia elevadas, alterações do sedimento urinário	Doença renal parenquimatosa	Exame de urina, cálculo do RFG-e, US renal, pesquisa de albuminúria / proteinúria
Sopro abdominal, EAP súbito, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o SRAA	Doença renovascular	US com Doppler renal e/ou renograma, angiografia por RNM ou TC, arteriografia renal
Pulsos em femorais ausentes ou de amplitude diminuída, PA diminuída em membros inferiores, alterações na radiografia de tórax	Coarctação de aorta	Ecocardiograma e/ou angiografia de tórax por TC
Ganho de peso, diminuição da libido, fadiga, hirsutismo, amenorreia, “fácies em lua cheia”, “giba dorsal”, estrias purpúreas, obesidade central, hipopotassemia	Síndrome de Cushing (hiperplasia, adenoma e excesso de produção de ACTH)	Cortisol salivar, cortisol urinário livre de 24h e teste de supressão: cortisol matinal (8h) e 8h após administração de dexametasona (1mg) às 24 h. RNM
HA paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações	Feocromocitoma	Metanefrinas plasmáticas livres, catecolaminas séricas e metanefrinas urinárias. TC e RNM
Fadiga, ganho de peso, perda de cabelo, HAD, fraqueza muscular	Hipotireoidismo	TSH e T4 livre
Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, exoftalmia, hipertermia, reflexos exaltados, tremores, taquicardia	Hipertireoidismo	TSH e T4 livre
Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza ou espasmos musculares, sede, poliúria	Hiperparatireoidismo (hiperplasia ou adenoma)	Cálcio sérico e PTH
Cefaleia, fadiga, problemas visuais, aumento de mãos, pés e língua	Acromegalia	IGF-1 e GH basal e durante teste de tolerância oral à glicose

HAR: hipertensão arterial resistente; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado; EAP: edema agudo de pulmão; SRAA: sistema renina-angiotensina-aldosterona; TC: tomografia computadorizada; ACTH: adrenocorticotropina; TSH: hormônio tireoestimulante; PTH: paratormônio; IGF-1: fator de crescimento insulina-símile tipo 1; GH: hormônio do crescimento.

Fonte: (MALACHIAS et al, 2016).

2.3.10 Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica

A educação em saúde e orientação de modificações dos hábitos de vida, são estratégias essenciais para a redução da mortalidade, no tratamento da HAS concomitante a outros fatores de risco cardiovascular. O usuário dos serviços de saúde deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do tabagismo, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas). O tratamento deve ser individualizado, respeitando-se a idade da pessoa; presença de outras doenças; capacidade de percepção da hipotensão; estado mental; uso de

outras medicações; dependência de álcool ou drogas; cooperação da pessoa e restrições financeiras (BRASIL, 2001).

Vincular os portadores de hipertensão arterial às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços, é um dos objetivos do Ministério da Saúde. Para isso, estabelece o diagnóstico precoce e identificação de lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado, porém essas medidas caracterizam-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que necessitam de intervenção imediata, pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam (BRASIL, 2001).

O estilo de vida da população com HAS são os principais responsáveis pelo descontrole dos níveis pressóricos. Entre eles estão essencialmente, os que corroboram para a elevação de peso corporal, obesidade visceral, alto consumo energético e padrão alimentar baseado em alimentos industrializados. A alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento da HAS, e contribuiu de forma indireta a maior chance de RCV. Por isso, as mudanças dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio (BRASIL, 2013).

A redução dos fatores de risco, conhecidos como facilitadores do desenvolvimento e agravamento da HAS, em especial, o excessivo consumo de sódio, é o principal objetivo do tratamento não medicamentoso. Além disso, as recomendações envolvem o controle de peso, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e alcoolismo, controle de estresse e adoção de dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) (MAGALHÃES et al, 2015; MALACHIAS et al, 2016). Os efeitos e as recomendações dessas medidas são apresentados a seguir (Tabela 4).

Tabela 4: Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD	Recomendação
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal	Manter IMC < 25 kg/m ² até 65 anos. Manter IMC < 27 kg/m ² após 65 anos. Manter CA < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5 mmHg	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente	Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio
Moderação no consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses/dia	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens
Atividade física	3,6/5,4 mmHg	Fazer, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada, de forma contínua (1 x 30 min) ou acumulada (2 x 15 min ou 3 x 10 min) em 5 a 7 dias da semana.

*IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Fonte: (MALACHIAS et al, 2016).

Considerando que a redução do consumo de sódio é uma arma eficaz e custo-efetiva na minimização de DCV e cerebrovasculares, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assinou um documento para redução de 30% até o ano de 2025 na ingestão de sal pela população. Dessa forma, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral, visto que estudos apontam que o brasileiro, assim como boa parte da população mundial, consome o dobro da quantidade máxima de sal ou cloreto de sódio (NaCl), recomendada. A qual deve representar menos de 1g no consumo diário, ou seja, 400mg de sódio. Entretanto, muitas pessoas estão consumindo de 9 a 12g, sendo a principal fonte os alimentos industrializados. Este excesso no consumo ao longo da vida eleva a PA e chances de desenvolver DCV (BRASIL, 2013; MAGALHÃES et al, 2015).

Evidências científicas mostram a relação do excesso de peso com a pressão arterial. Com raras exceções, estudos clínicos mostraram que a perda de peso reduz a pressão arterial, ou seja, para uma perda de 5,1 kg há uma queda de 4,4 mmHg na PAS e 3,6 mmHg na PAD. Portanto, recomenda-se uma sustentação

do índice de massa corporal (IMC) até 25 kg/m² e uma circunferência abdominal <102 cm para homens e <88 cm para mulheres (MAGALHÃES et al, 2015).

Segundo Brand; Schuh; Gaya, (2013, p.163), “a perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo o tratamento não-medicamentoso de melhor resultado”.

Conforme Brasil (2013, p.89):

Há indícios de que a hiperinsulinemia produzida pela alimentação excessiva leva a um aumento da reabsorção de sódio no túbulo renal. Ainda, a maior ingestão de alimentos está associada a um maior depósito de gorduras e maior ingestão de sal. A adequação do consumo energético, visando à redução do peso, se necessário, deve integrar os objetivos do tratamento nutricional do usuário com HAS.

A adoção da dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) reduz a pressão arterial. Esta dieta enfatiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura, inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada, além de reduzir a pressão arterial, também auxilia na perda de peso. Em geral, os fatores que determinam a redução da pressão arterial são os hábitos alimentares, o estilo de vida ou a associação desses fatores (MAGALHÃES et al, 2015; MALACHIAS et al, 2016).

Considerando que fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional contribuem para elevação da PAD, reduzindo a adesão ao tratamento, técnicas de relaxamento podem favorecer para redução dos efeitos estressantes. Vários são os mecanismos envolvidos no treinamento hipotensor da atividade física. Esta possui importante função na redução da HAS, da obesidade e da morbimortalidade cardiovascular (BRAND; SCHUH; GAYA, 2013).

O consumo excessivo de álcool e o tabagismo associam-se com aumento na incidência de HAS. O consumo habitual de álcool de 10 g/dia, eleva a PA em 1 mmHg. Já o tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV. O hábito de fumar é apontado como fator negativo no controle da hipertensão, em especial, no desconhecimento da HAS e na cessação do uso de medicamentos anti-hipertensivos. A prática regular de atividade física é benéfica para a prevenção e controle da HAS, reduzindo a morbimortalidade CV. “Indivíduos ativos apresentam

risco 30% menor de desenvolver HA que os sedentários, e o aumento da atividade física diária reduz a PA” (MALACHIAS et al, 2016, p. 31).

Ante o exposto, o tratamento não-farmacológico tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. As indicações de mudanças no estilo de vida, possuem baixo custo, ajudam no controle de fatores de risco para outros agravos e aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2009a).

Portanto, os profissionais de saúde devem recomendar modificações de hábitos, apresentando aos indivíduos diferentes medidas e possibilidades de implementá-las, para que ele possa adaptá-las à sua situação socioeconômica e cultural, obtendo, dessa forma, maior adesão ao tratamento, pois sua prática depende diretamente da compreensão do problema, conscientização, motivação e autonomia na escolha da terapêutica. Ressalta-se, ainda, a importância da inserção dos familiares do indivíduo com HAS nas metas a serem atingidas, através de uma assistência integral e interdisciplinar (BRASIL, 2009a).

2.3.11 Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica

Após um período de pelo menos 90 dias, se as medidas não farmacológicas forem inefetivas, inicia-se o tratamento com fármacos, em indivíduos com PA estágio 1 e risco CV baixo e moderado. Quando o acesso e/ou retorno a assistência médica foi dificultoso para o indivíduo, o emprego de fármacos será logo após o diagnóstico. Para HAS em estágio 1 associada ao alto risco CV e DCV estabelecida, ou HAS em estágio 2 e 3, independentemente do risco CV, o tratamento medicamentoso deverá ser iniciado de imediato (MALACHIAS et al, 2016).

O início do tratamento farmacológico da HAS baseia-se na decisão do profissional com o indivíduo, o grau de motivação do mesmo para mudança no estilo de vida, níveis pressóricos e RCV. Portanto, se houver alto RCV e/ou níveis pressóricos no estágio 2 ($PA \geq 160/100\text{mmHg}$), beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, em conjunto com a mudança de hábitos de vida. Geralmente, pela multifatorialidade da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos. A escolha dos medicamentos utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com

a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez (BRASIL, 2013).

A preferência inicial será por aqueles em que haja comprovação de diminuição de DCV. O indivíduo precisa ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos. Em síntese, um medicamento para ser indicado precisa ter necessariamente demonstrado a capacidade de reduzir a morbimortalidade CV, ser tolerado e eficaz por via oral, ser preciso um número mínimo de tomadas diárias, ser efetivo quando iniciado com doses baixas, poder ser usado em associação com outros medicamentos, possuir nenhum ou poucos e leves efeitos colaterais, salvo em situações especiais, e ter controle de qualidade em sua produção (MALACHIAS et al, 2016).

Inúmeros estudos demonstraram eficácia de diversos anti-hipertensivos. É preconizado que os indivíduos considerados hipertensos de risco cardiovascular baixo ou moderado devem ser tratados, inicialmente, com apenas um anti-hipertensivo. Já para pessoas com HAS em estágio II, III ou estágio I, porém com risco cardiovascular alto ou muito alto, é recomendado iniciar o tratamento já com combinação de anti-hipertensivos. Dependendo da resposta às medicações e das metas a serem alcançadas se pode aumentar a dose, trocar o medicamento ou acrescentar outros anti-hipertensivos ao esquema inicial (BRITO; GIORGI, 2012).

Tabela 5: Principais classes, medicamentos anti-hipertensivos, mecanismos de ação e efeitos adversos

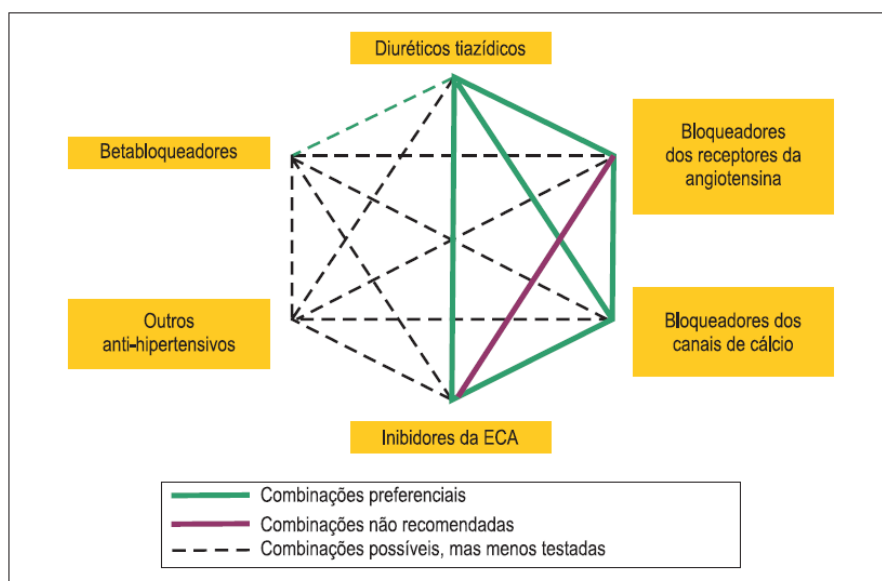
Classes	Mecanismo de Ação	Medicamentos	Efeitos adversos
Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA)	Inibem a enzima responsável pela conversão da angiotensina I em angiotensina II. Têm efeitos benéficos em pacientes com *ICC com disfunção sistólica, bem como, na prevenção secundária do *AVC.	Captopril; Enalapril; Perindopril; Ramipril; Lisinopril; Benazepril.	Tosse seca, hipersensibilidade com erupção cutânea, angioedema, hipercalemia. É contraindicado para gestantes.
Diuréticos Poupadores de Potássio	Atuam nos receptores da aldosterona nos túbulos distais. Frequentemente utilizados em pacientes com ICC e são quase sempre prescritos em conjunto com os outros dois tipos de diuréticos abaixo.	Espironolactona	Hipercalcemia, ginecomastia. É contraindicada para pacientes com *IRA, diminuição significativa da função renal, anúria e Doença de Addison.
Diurético de Alça	Os diuréticos de alça removem uma grande quantidade de sódio dos rins, produzem o aumento do fluxo urinário.	Furosemida; Piretanida.	Hipopotassemia, Hiponatremia, desidratação, hipovolemia.

	Atuam na alça de Henle. São frequentemente utilizados em pacientes com *ICC.		É contraindicada para pacientes com IRA.
Diurético Tiazídico	Atuam no túbulo distal, aumentando moderadamente a eliminação de urina e são os únicos diuréticos que também agem como vasodilatadores sanguíneos.	Hidroclorotiazida; Clortalidona.	Hipocalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, ototoxicidade nefrotoxicidade.
Beta Bloqueadores	Diminuição do débito cardíaco, redução da secreção de renina e diminuição de catecolaminas. São utilizados como primeira opção se houver presença de insuficiência coronariana ou arritmias.	Atenolol; Propranolol; Carvedilol; Metoprolol; Bisoprolol.	Broncoespasmo, bradicardia, hipotensão postural, vasoconstricção periférica, insônia, astenia e disfunção sexual. Contraindicados em pacientes com asma grave e bloqueio atrioventricular.
Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRAs)	Bloqueiam especificamente os receptores AT1 da angiotensina II. Têm efeito anti-hipertensivo semelhante aos IECA. Também são úteis na insuficiência cardíaca e na prevenção de acidente vascular encefálico.	Losartana; Candesartana; Valsartana.	Cefaleia; tonturas astenia; dores musculares; hipercalemia. Contraindicado em mulheres grávidas.
Bloqueadores do canal de cálcio	Agem reduzindo a resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares, o que proporciona uma diminuição da pressão arterial.	Nifedipino; Verapamil; Anlodipino; Felodipino; Diltiazem.	Bradicardia, descompensação da *IC, constipação intestinal, cefaleia, insônia, taquicardia.
Alfa-bloqueadores	Limita a ação dos receptores alfa adrenérgicos. Devem sempre estar associados a outros anti-hipertensivos.	Doxazonina; Prazosina.	Os efeitos colaterais mais comuns são hipotensão postural, palpitações, tontura, náusea, astenia.
Simpatomiméticos de ação central	Estimulam os receptores alfa-2-adrenérgicos do centro vasomotor, reduzindo o tônus simpático. São medicamentos a serem utilizados em associação com outros anti-hipertensivos.	Metildopa; Clonidina.	Sonolência, boca seca, fadiga, disfunção sexual, hipotensão postural, anemia hemolítica, hepatite e galactorreia.
Vasodilatadores diretos	Causa vasodilatação e consequente queda da resistência vascular periférica. Isto pode, por mecanismo de compensação, levar ao aumento da retenção de sódio e água. Esta é uma das razões porque essas drogas só devem ser usadas em associação prévia com betabloqueadores e diuréticos.	Minoxidil; Hidralazina.	Taquicardia reflexa, lúpus eritematoso sistêmico induzido, hipotensão postural e cefaleia. Está contraindicado em pacientes com doença arterial coronária.
Inibidores da renina	Atuam na inibição direta da renina, diminuindo a produção de angiotensina II.	Alisquireno	Diarreia e Rash cutâneo. Não deve ser associado aos IECA ou BRAs devido ao elevado risco de hipercalemia.

*ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva; AVC: Acidente Vascular Cerebral; IC: Insuficiência Cardíaca; IRA: Insuficiência Renal Crônica.

Fonte: Adaptado de BRITO; GIORGI, 2012; BRASIL, 2001.

Figura 2: Esquema preferencial de associações de medicamentos, de acordo com mecanismos de ação e sinergia.



Fonte: (MALACHIAS et al, 2016).

Segundo Brand; Schuh; Gaya, (2013), o déficit na adesão ao tratamento medicamentoso da HAS é o principal obstáculo para o controle da patologia, principalmente, quando o indivíduo interrompe o uso dos fármacos, devido a normalização da PA, bem como, desconhecimento da pessoa com HAS sobre a necessidade do uso contínuo dos medicamentos, receio na associação com bebidas alcoólicas, efeitos colaterais da medicação, esquecimento e custo do tratamento, entre outros.

O Ministério da Saúde recomenda aos profissionais de saúde, para melhorar a aderência à terapêutica anti-hipertensiva, algumas ações como, orientar os indivíduos sobre a patologia e seu caráter silencioso, facilitar o acesso as consultas e medicações, prescrevendo fármacos que constam na Rename; orientar sobre a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social; orientar sobre fatores de risco cardiovasculares; estabelecer o objetivo do tratamento (atingir metas pressóricas e reduzir exposição aos fatores risco); encorajar modificações no estilo de vida; modificar a abordagem em terapias sem sucesso; antecipar para as pessoa com HAS os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los, entre outras (BRASIL, 2013). Ressaltando que para que isso ocorra, é importante que o Enfermeiro entenda o esquema terapêutico prescrito a pessoa com

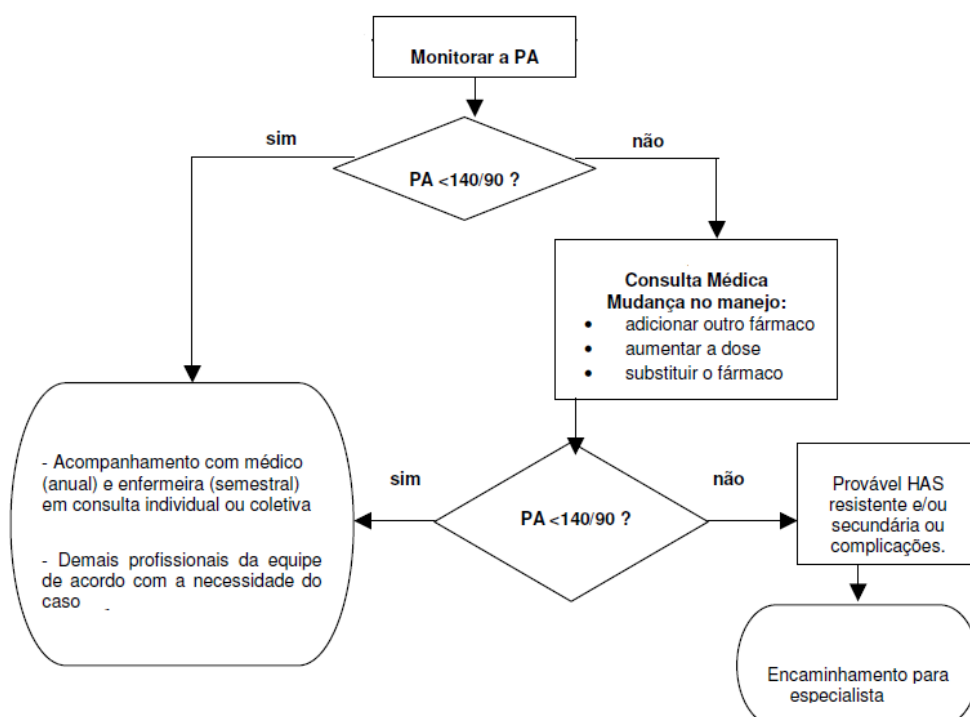
HAS, conheça as classes dos medicamentos, mecanismos de ação e principais efeitos adversos, para orientação e acompanhamento adequado do usuário.

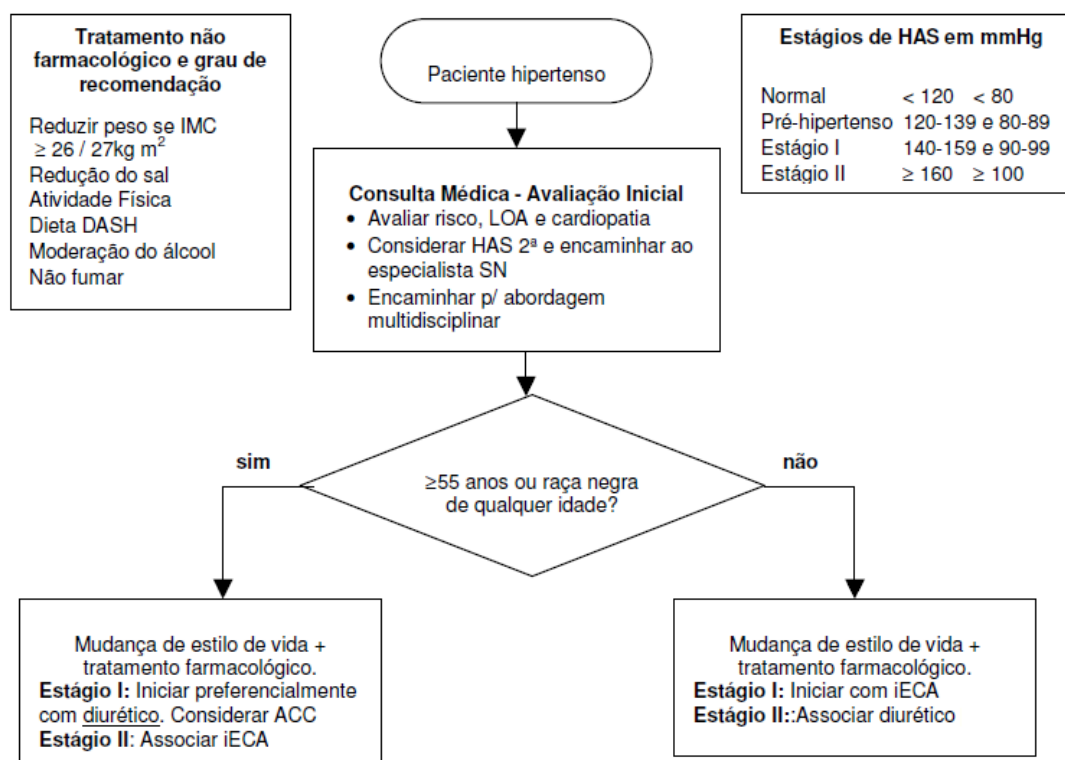
Todas as principais classes de anti-hipertensivos têm demonstrado redução da morbidade e mortalidade em ensaios clínicos. Além disso, tem evidenciado que a diminuição dos eventos cardiovasculares associados ao controle da pressão arterial tem relação direta com a redução da PA per se e parece ser independente da classe farmacológica utilizada. A escolha dos medicamentos tanto em monoterapia como nas combinações depende do estágio e da gravidade da HAS. Já em casos de HAS resistente confirmada, deve-se, obrigatoriamente, avaliar a presença de fatores que possam estar dificultando o controle da PA, incluindo o consumo excessivo de sal, álcool, obesidade, medicamentos que elevam a PA e causas secundárias (MAGALHÃES et al, 2015).

O tratamento farmacológico da HAS deve ser individualizado, considerando condições clínicas associadas a hipertensão, aspectos sociodemográficos e as evidências de benefícios com determinada classe farmacológica para cada indivíduo (MAGALHÃES et al, 2015).

Por essas e outras razões, o distanciamento, principalmente da atenção básica, do indivíduo com HAS, gera consequências fatais, ressaltando que o controle da patologia depende de inúmeros fatores e requer acompanhamento contínuo, interdisciplinar e integral.

Figura 3: Algoritmo de manejo do indivíduo com hipertensão arterial sistêmica.





ACC – Antagonista do canal de cálcio; iECA – Inibidor da enzima de conversão da angiotensina; LOA – Lesão de órgãos-alvo; SN – se necessário.

Fonte: BRASIL, 2009a.

2.3.12 Complicações da hipertensão arterial sistêmica

Um indivíduo com pressão arterial elevada, desencadeia com o tempo, lesão vascular. As artérias apresentam modificações em sua geometria, desde a diminuição da luz do vaso, espessamento das paredes e até rupturas. Dessa forma, ocorre lesões no coração, rins e cérebro. A lesão característica da hipertensão no coração, apresenta-se como hipertrofia do mesmo, ou seja, espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, com aumento do peso e diminuição da cavidade, levando à isquemia miocárdica (BRASIL, 2001).

Em fases avançadas da doença cardiovascular hipertensiva ou outras lesões associadas, podemos encontrar desde aumento das cavidades com disfunção ventricular até um quadro de insuficiência cardíaca congestiva. A lesão cerebral caracteriza-se pelo microaneurisma de Charcot-Bouchard. Com o progredir da condição, lesões de rarefação da substância branca tornam-se presentes. A trombose e a hemorragia são episódios geralmente agudos. Além disso, o glomérulo, unidade morfofuncional do rim caracterizado como um tufo vascular, com qualquer aumento da pressão (hipertensão intraglomerular), leva à diminuição progressiva de sua função, na maioria das vezes silenciosa. Em cerca de 70% dos indivíduos em

hemodiálise, a lesão renal básica e primária foi causada por hipertensão arterial não-tratada (BRASIL, 2001).

2.3.13 Urgência e Emergência em hipertensão arterial

São condições em que há elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte, exigindo imediata redução da pressão arterial com agentes aplicados por via parenteral. A perda da autorregulação do fluxo sanguíneo, lesão vascular, encefalopatia hipertensiva, lesões hemorrágicas dos casos da retina e papiledema, habitualmente, apresentam-se associados a pressão arterial elevada. As pessoas com alterações pressóricas importantes acompanhadas de sintomatologia como cefaleia, alterações visuais recentes, dor no peito, dispneia e obnubilação devem ser encaminhados para os serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2013; BRASIL, 2001).

Os exemplos mais comuns dessas situações são presença de edema agudo pulmonar, infarto agudo do miocárdio, aneurisma dissecante da aorta, acidente vascular encefálico e encefalopatia hipertensiva. Nessas situações, indica-se sempre a hospitalização e, se possível, o tratamento inicial preconizado para os diversos tipos de emergências cardiológicas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2001).

Não constituem urgências hipertensivas a elevação da pressão arterial desacompanhada de sintomas. Um simples ajuste terapêutico poderá, nesses casos, promover o adequado controle da pressão arterial, mesmo que para tal finalidade se façam necessários alguns dias de observação (BRASIL, 2013; BRASIL, 2001).

Mesmo nesses casos, faz-se necessária uma normatização para acompanhamento, na unidade básica de saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência. Nos seguintes casos, o atendimento hospitalar faz-se necessário: ICC, IRC, IAM, suspeita de hipertensão secundária, eclampsia, hipertensão em crianças e adolescentes, edema agudo de pulmão prévio, complicações oculares, AVE prévio com déficit sensitivo e ou motor, entre outros (BRASIL, 2001).

2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A ciência da Enfermagem tem fundamental importância, no contexto do cuidado aos usuários portadores de HAS, norteado pelo planejamento da assistência, conhecimento científico, resultando no desenvolvimento de ações direcionadas às práticas de autocuidado e a avaliação e identificação dos fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento das complicações (GOIS, 2017).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358, de 15 de outubro de 2009, define a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) como uma organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem. Institui como etapas do processo de enfermagem a coleta de dados; exame físico; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência; intervenções e avaliação de enfermagem. Convém ressaltar que, após a promulgação da norma em vigor, torna-se obrigatório a utilização da SAE nos ambientes onde são realizados os cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

A mudança de hábitos é essencial para o controle da doença. Cabe aos profissionais da equipe de saúde, em especial aos enfermeiros, estimular a autonomia do indivíduo, avaliar e detectar os fatores de risco para o desenvolvimento das complicações e verificar a compreensão dos mesmos acerca das informações fornecidas, quanto ao tratamento medicamentoso, nome, dose, horários, assim como os efeitos indesejáveis da farmacoterapia. Quanto ao plano alimentar e de atividades físicas, é importante verificar o entendimento por parte do indivíduo das orientações dadas pela equipe multiprofissional, assim como encorajá-los para o seguimento do plano proposto, do qual os mesmos fazem parte, envolvendo o contexto familiar (GOIS, 2017).

Dessa forma, a consulta de enfermagem a portadores de HAS deve priorizar o autocuidado do indivíduo, no que se refere às mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal, se o IMC estiver elevado, e o abandono do tabagismo e uso de bebidas alcoólicas, ou seja, minimizar os fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão e manter controlados os níveis pressóricos para prevenir complicações (BRASIL, 2013).

Compete aos profissionais de enfermagem realizar consulta aos portadores de HAS de forma contínua e sistematizada, com objetivo de acompanhamento integral do indivíduo, estratégias de educação em saúde e realização de encaminhamentos quando necessário, para efetivação do cuidado interdisciplinar. Centrado na relação de vínculo e confiança entre usuários e enfermeiros, que deve estar estabelecida na ABS, estes profissionais possuem maior possibilidade de promover estratégias de saúde individualizadas e direcionadas à recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, levando em conta suas especificidades e contexto sociocultural e econômico onde estão inseridos (GOIS, 2017).

Em Brasil (2001) está preconizado que compete aos Enfermeiros das Estratégias Saúde da Família:

- Capacitar os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade;
- Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo as pessoas com HAS;
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos terapêuticos);
- Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe (conforme protocolos estabelecidos);
- Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com comorbidades;
- Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades;
- Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades.

Com o escopo de fomentar a mudança do modelo de atenção das pessoas com doenças crônicas por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de

atenção, foi instituída pela portaria GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e foi redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC). Assim, a Rede de Atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas, apresenta diretriz e princípios que podem auxiliar gestores e profissionais a repensar o atual modelo de atenção. Será implantada por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, provocando modificações tanto no cotidiano das equipes responsáveis pelo cuidado direto quanto das equipes responsáveis pela gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2014c).

2.4.1 Consulta de enfermagem para acompanhamento da pessoa com HAS

O papel do enfermeiro na consolidação do cuidado de enfermagem como prática social em ações individuais e coletivas, inserido em seu contexto real e concreto de vida dos usuários com HAS, deve valorizar este como um ser singular e multidimensional, com características únicas, relevantes para o planejamento e intervenções do cuidado, sobre os fatores de riscos modificáveis para a HAS. Além disso, uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da HAS é a educação em saúde, por meio dos diversos saberes dos profissionais envolvidos e a realização de grupos educativos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva (COSTA et al, 2014).

A aplicação do processo de enfermagem possui cinco etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em saúde e o autocuidado, no acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS. A consulta de enfermagem constitui um espaço favorável para o usuário dos serviços de saúde expor suas queixas, além de consistir num processo educativo que envolve não somente o indivíduo, mas sua família. É importante para a identificação das reais necessidades do sujeito pelo enfermeiro, que através da clínica ampliada, deve proporcionar a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde (CARVALHO, 2011; BRASIL, 2013; COFEN, 2009).

A anamnese do portador de hipertensão deve ser orientada para os seguintes pontos: hábito de fumar, uso exagerado de bebidas alcoólicas, ingestão excessiva de sódio, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de diabetes, gota, doença renal, doença cardiovascular e cerebrovascular; utilização de anticoncepcionais, corticosteroides, anti-inflamatórios não-hormonais,

estrógenos, antidepressivo tricíclico e inibidores da monoaminooxidase; sinais ou sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial; tratamento medicamentoso anteriormente realizado, seguimento efetuado e reação às drogas utilizadas; história familiar de hipertensão arterial; entre outros (BRASIL, 2001).

De acordo com Carvalho (2011, p. 344):

A consulta de enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria, fazendo com que a enfermeira tenha, de fato, uma atuação definida nos programas de saúde. A Consulta de Enfermagem deve, sistematicamente, compreender a realização de um histórico, com um enfoque mais amplo que a anamnese médica. A elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações adotando, ou não, taxonomias consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial. Inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações sobre as condições de saúde da clientela, bem como as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde.

É importante ressaltar que, a maioria dos indivíduos portadores de hipertensão arterial, sentem-se desmotivados para realizar mudanças, devido à cronicidade da doença e ausência de sintomas. Por isso, é necessário que haja abordagens inovadoras que promovam maior adesão ao tratamento hipertensivo, estabelecendo condutas que valorizem o indivíduo e o autocuidado, realização de atividades em grupos, educação em saúde, cuidado integral e interdisciplinar, não somente em âmbito individual, mas também familiar e coletivo, a fim de proporcionar maior adesão ao tratamento e redução dos agravos (COSTA et al, 2014).

2.4.2 Estratificação de Risco Cardiovascular as pessoas com HAS

A presença de fatores de risco e doenças concomitantes, como diabetes, lesão em órgãos-alvo, doenças renal e cardiovascular, bem como, aspectos familiares e socioeconômicos, devem nortear a abordagem aos portadores de hipertensão arterial, não considerando apenas os níveis pressóricos (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o Ministério da Saúde propõe a utilização da estratificação para definir o prognóstico e a conduta na abordagem da pessoa com HAS na atenção primária, recomendando a adoção do Escore de Framingham, para estimar o risco de

cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. É uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano, que correlaciona múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, colesterol, e classifica os indivíduos em grupos. Dessa forma, é possível identificar os indivíduos que necessitam de intervenções mais intensas, auxiliando na definição de condutas (BRASIL, 2013).

Diante disso, a estratificação de risco cardiovascular (ERC), representa uma abordagem inovadora com potencial de ampliar a adesão ao tratamento e nortear resultados mais efetivos. Além disso, é uma forma de adotar medidas mais adequadas no controle da HAS, de acordo com o risco para o desenvolvimento de complicações. Estas estratégias submergem, por exemplo, o uso de medicações que podem reduzir este risco, metas de níveis pressóricos mais baixos, redução de fatores de risco, entre outros (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

A primeira fase do processo de estratificação do Escore de Framingham é a coleta de informações sobre os fatores de risco prévios. Se o usuário apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o escore, pois ele é considerado como baixo risco cardiovascular. Se apresentar ao menos um fator de alto risco, também não há necessidade de calcular o escore, pois, essa pessoa já é considerada como alto risco cardiovascular (Tabela 6) (BRASIL, 2013).

Tabela 6: Achados da consulta de enfermagem indicativa de risco para doenças cardiovasculares.

Baixo risco/intermediário	Alto risco
Tabagismo	Acidente vascular cerebral (AVC) prévio
Hipertensão	Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio
Obesidade	Lesão periférica/lesão de órgão-alvo (LOA)
Sedentarismo	Ataque isquêmico transitório (AIT)
Sexo masculino	Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE)
História familiar de evento cardiovascular prematuro (< 55 anos)	Nefropatia; Retinopatia
Idade > 65 anos	Diabetes Mellitus (DM)

Fonte: (BRASIL, 2013).

Na segunda etapa, será avaliada a idade, exames de LDLc, HDLc, PA e tabagismo. Após avaliação da presença das variáveis mencionadas, inicia a terceira etapa, em que se estabelece uma pontuação e, a partir dela, obtém-se o risco

percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres (ANEXO A e B) (BRASIL, 2013).

A estratificação de Framingham não é adstrita apenas no manejo do usuário com HAS pelos profissionais de saúde, mas também auxilia na participação deste indivíduo no seu tratamento e controle da patologia, com objetivo de tornar mínimos os agravos, a exposição a fatores de risco e conhecimento de seu risco cardiovascular (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

O Ministério da Saúde preconiza que as consultas médicas e de enfermagem para acompanhamento dos portadores de HAS que atingiram as metas pressóricas, devem ser intercaladas, preferencialmente. A periodicidade da consulta, deve ser baseada no escore de Framingham, ressaltando a importância de sua realização (BRASIL, 2013).

São definidas três categorias de risco cardiovascular absoluto, mostrando que mesmo os usuários classificados nos estágios 1, 2 ou 3 podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de comorbidades ou fatores de risco associados, conforme citados a seguir:

- Grupo de risco baixo: Inclui homens com idade menor de 55 anos e mulheres com idade abaixo de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco. Entre indivíduos dessa categoria, a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos dez anos, é <10%, neste caso, preconiza-se a consulta de enfermagem a cada 6 meses e consulta médica anualmente.
- Grupo de risco moderado: Inclui portadores de HAS grau I ou II, com um ou dois fatores de risco cardiovascular. Alguns possuem baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhum ou poucos fatores de risco. Entre os indivíduos desse grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos dez anos, situa-se entre 10 e 20%. Neste caso, recomenda-se a consulta de enfermagem a cada 3 meses e consulta médica a cada 6 meses.
- Grupo de risco alto: Inclui portadores de HAS grau I ou II que possuem três ou mais fatores de risco, bem como inclui portadores de hipertensão grau III, sem fatores de risco. Nesses, a probabilidade de um evento cardiovascular, em dez anos, é > 20%. Recomenda-se consulta de enfermagem e médica a cada 3 meses. Em casos mais graves, está indicada a instituição de imediata e efetiva conduta terapêutica (BRASIL, 2001; BRASIL, 2013).

Figura 4: Estratificação de risco a pessoas com HAS de acordo com fatores de risco adicionais, presença de LOA, DCV ou renal.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem Risco Adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

Fonte: (MALACHIAS et al, 2016).

Os fatores de risco adicionais, na avaliação de RCV são comuns na maioria da população hipertensa, para essa avaliação é necessário coletar informações na história clínica, no exame físico e através de exames complementares, sempre objetivando a identificação de coexistência de outros fatores de risco cardiovasculares, presença de lesão de órgãos-alvo e DCV e/ou Renal, já estabelecidas. Orientar o usuário quanto a seus fatores de risco, pode auxiliar a eficiência das medidas farmacológicas e não-farmacológicas para redução do risco global. A identificação dos indivíduos hipertensos predispostos às complicações cérebro e cardiovasculares, é essencial para uma orientação terapêutica mais efetiva e invasiva (MALACHIAS et al, 2016).

Dessa forma, apesar da equipe estar organizada quanto à periodicidade do acompanhamento, existem situações em que este atendimento precisa ser adiantado e as condutas reavaliadas. A equipe precisa estar atenta a vulnerabilidades e situações que requerem atendimento imediato, além do risco cardiovascular. Assim, conforme as necessidades e os resultados do acompanhamento da pessoa, esta poderá ser encaminhada para avaliação com o farmacêutico ou para orientações com nutricionista, psicólogo, assistente social e educador físico, sendo fundamental o apoio do NASF, na assistência multiprofissional (BRASIL, 2013).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, sendo frequentemente aplicado nos estudos descritivos (RICHARDSON, 1999).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A Região Carbonífera situa-se no Centro da Mesorregião chamada pelo IBGE de Sul Catarinense e corresponde a 2,23% do total do Estado de Santa Catarina. Em 2014, a população da Região Carbonífera correspondia a 6,18% do total do Estado de Santa Catarina (IBGE, 2014).

A Região Carbonífera tem uma cobertura de 91,9% em Estratégia Saúde da Família, pois apenas dois municípios não têm 100% de cobertura de ESF, sendo eles Criciúma (60,5%) e Içara (98%).

O número total de ESF na Região Carbonífera é 113 equipes de ESF, distribuídos por município conforme apresentado a seguir: Cocal do Sul (6), Criciúma (36), Forquilha (8), Içara (18), Balneário Rincão (4), Lauro Muller (6), Morro da Fumaça (6), Nova Veneza (5), Orleans (8), Siderópolis (6), Treviso (2) e Urussanga (8), sendo que o estudo abrangeu todos os municípios citados.

3.3 POPULAÇÃO

Participaram do estudo 89 enfermeiros, em um total de 113 Enfermeiros Gerentes que atuam nas Estratégias Saúde da Família dos Municípios da Região Carbonífera. Como critérios de exclusão, Enfermeiros que no período de coleta de dados estiveram afastados do trabalho por motivo de Férias, Auxílio Doença, Auxílio

Acidente ou Licença Maternidade; Enfermeiros com menos de 3 meses de atuação na ESF em que trabalha.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNESC, parecer n. 2.798.728 (Anexo D), no período de agosto a novembro de 2018.

Os dados foram coletados durante as reuniões mensais que os Coordenadores de Atenção Básica realizam junto aos Enfermeiros Gestores das ESF, por meio de questionários autoaplicáveis (Apêndice A). Para isso, a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa na Reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR), na Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). Após o aceite dos Secretários de Saúde dos 12 Municípios em participar da pesquisa, e assinatura da Carta de Aceite pelo Presidente da CIR (Anexo C), foi realizado contato prévio com os coordenadores de Atenção Básica, para organizar o cronograma das reuniões em cada um dos 12 Municípios, para coleta de dados com os Enfermeiros.

Segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (BRASIL, 2012). Assim, no momento da reunião, foi feito o convite aos Enfermeiros para participar da pesquisa, a leitura do Termo de Consentimento e realizado esclarecimentos sobre o estudo.

O preenchimento do questionário durou de 20 a 30 minutos. Aos enfermeiros que não entraram nos critérios de exclusão, porém, não estiverem presentes na reunião da Atenção Básica, foi feito contato telefônico prévio e agendado um momento para realizar a coleta *in loco* na ESF em que atua.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados coletados, foi criado um banco de dados no *Software Microsoft Excel®* versão 2016, e após realizado análise estatística no *SPSS 22.0*.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

As Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, incorporam referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01) e visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado.

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), sendo que esse segue as exigências da Resolução n. 466/12. Essa resolução trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a partir da qual os participantes devem ser esclarecidos sobre todos os aspectos da pesquisa (BRASIL, 2012). Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do participante da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, foram assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

É de conhecimento que toda a pesquisa envolve riscos, porém, visto o desenho do estudo é necessário destacar que:

a) os **riscos** para participação foram minimizados, visto que as pessoas que aceitaram participar do estudo, apenas preencheram 1 questionário autoaplicável com perguntas fechadas identificados por códigos, em data e horário apropriados para os participantes. Ainda, ficou garantido aos participantes que os mesmos não seriam prejudicados, visto que negociamos individualmente com a Coordenação da Atenção Básica, a liberação dos enfermeiros para participar do estudo, pois estabelecemos com a gestão o melhor cronograma para a coleta de dados.

b) os **benefícios**: os participantes ficaram cientes que ao aceitar participar do estudo, estavam colaborando com uma pesquisa científica que visa analisar como ocorre a gestão do cuidado realizado por Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de agravos decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica. Acreditamos

que a participação na pesquisa possibilitou aos sujeitos repensar suas práticas, bem como mobilizou a reflexão sobre o objeto do estudo.

Ainda, fica assegurado às instituições e aos participantes, mediante compromisso assumido pelos pesquisadores, que as informações coletadas serão exclusivamente utilizadas para fins de pesquisa.

Após o término da pesquisa e aprovação por uma banca de avaliadores e apresentação pública do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, os pesquisadores se comprometem em enviar uma cópia do TCC (no formato impresso e digital) a Comissão Intergestores Regional (CIR). Igualmente, caso haja manifestações de interesse, enviarão via e-mail o TCC no formato PDF aos participantes do estudo e as Secretarias Municipais de Saúde das cidades participantes.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos científicos regionais e nacionais. Além, da publicação de um manuscrito em periódico científico, de modo a difundir o conhecimento e contribuir com o debate em torno desta importante temática.

4 RESULTADOS

Ao analisar os resultados da pesquisa, verifica-se que o município de Criciúma apresentou o maior número de Enfermeiros entrevistados 28 (31,5%), com perda de 8 ESFs, devido aos critérios de exclusão entre outros motivos, corroborando com o fato de apresentar maior densidade demográfica e maior número de ESF em relação aos demais municípios (Tabela 7).

Tabela 7: Estratégias Saúde da Família participantes do estudo por município da Região Carbonífera.

Município	n (%)
Cocal do Sul	6 (6,7%)
Lauro Müller	5 (5,6%)
Criciúma	28 (31,5%)
Urussanga	7 (7,9%)
Treviso	2 (2,2%)
Siderópolis	6 (6,7%)
Nova Veneza	5 (5,6%)
Morro da fumaça	5 (5,6%)
Balneário Rincão	3 (3,4%)
Forquilha	6 (6,7%)
Orleans	7 (7,9%)
Içara	9 (10,1%)
Total	89 (100%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da autora, 2018.

No município de Içara a coleta ocorreu com 50% dos participantes estimados inicialmente, considera-se que essa perda se deve ao fato de que o processo de coleta dos dados não ocorreu em reuniões dos coordenadores de ABS, logo, foi necessário fazer a coleta em cada UBS/ESF (Tabela 7).

Os municípios que apresentaram coleta com 100% das equipes foram Cocal do Sul, Siderópolis, Treviso e Nova Veneza. O município de Forquilha teve perda de 2 ESFs e os demais municípios perda de 1 ESF. Nestes municípios a falta de um ou mais enfermeiros, deve-se ao fato de estarem afastados por motivo de licença (Tabela 7).

Tabela 8: Caracterização dos Enfermeiros Gestores das Estratégias Saúde da Família da Região Carbonífera.

Características dos participantes	n (%)
Sexo	
Feminino	82 (92,1%)
Masculino	7 (7,9%)
Faixa etária	
20-29 anos	14 (16,7%)
30-39 anos	53 (63,1%)
40-49 anos	13 (15,5%)
≥50 anos	4 (4,8%)
Renda mensal	
R\$ 2.863,00 a R\$ 3.816,00	26 (30,2%)
R\$ 3.817,00 a R\$ 4.770,00	43 (48,3%)
Mais de R\$ 4.771,00	17 (19,1%)
Tempo de trabalho na ABS	
< 1 ano	4 (5,2%)
1 a 5 anos	32 (41,6%)
6 a 10 anos	14 (18,2%)
Maior de 10 anos	27 (35,1%)
Tempo de trabalho na atual ESF	
< 1 ano	15 (17,2%)
1 a 5 anos	47 (54,0%)
6 a 10 anos	13 (14,9%)
Maior de 10 anos	12 (13,8%)
Especialização em nível de Pós-graduação	71 (79,8%)
Especialização na área de Saúde Coletiva	36 (56,3%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da autora, 2018.

Dos enfermeiros, 82 (92,1%) são do sexo feminino. Em relação a idade, constata-se uma prevalência elevada de profissionais adultos jovens na faixa etária de 30-39 anos, 53 (63,1%). Quanto a renda mensal predominou a faixa de R\$ 3.817,00 a R\$ 4.770,00, em 43 (48,3%) dos entrevistados (Tabela 8).

Referente ao tempo de trabalho na ABS e tempo de trabalho na atual ESF, predominou o período de 1 a 5 anos, 32 (41,6%) e 47 (54,0%), respectivamente. Quanto a formação 71 (79,8%) enfermeiros, realizaram especialização em nível de pós-graduação, porém, apenas 36 (56,3%) possuem especialização na área de Saúde Coletiva, Atenção Básica em Saúde e Saúde da Família (Tabela 8).

Tabela 9: Dificuldades vivenciadas na assistência/cuidado a pessoas com HAS pelos Enfermeiros das Estratégias Saúde da Família da Região Carbonífera.

Dificuldades na assistência/cuidado	n (%)
Mudança no estilo de vida	81 (98,8%)
Adesão ao tratamento medicamentoso	58 (72,5%)
Espaço físico inadequado	20 (28,2%)
Falta de qualificação	9 (13,6%)
Grande demanda	46 (59,0%)
Não há prioridade de atendimento	19 (26,4%)
Ausência de médico na equipe	4 (5,8%)
Grupos Terapêuticos não efetivados	44 (59,5%)
Retorno às consultas subsequentes	33 (45,5%)
Ausência de material educativo	22 (31,0%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da autora, 2018.

Dentre as dificuldades citadas na tabela 9, a mudança no estilo de vida é a principal, referida por 81 (98,8%) enfermeiros. A falta de adesão ao tratamento foi referida como segunda maior dificuldade, por 58 (72,5%) enfermeiros. A grande demanda 46 (59,0%) e a ausência de grupos terapêuticos efetivos 44 (59,5%) também se encontram entre as principais dificuldades. A ausência de médico foi citada como uma dificuldade por 4 (5,8%) participantes e 9 (13,6%) referiram não ter uma qualificação necessária para atenderem a pessoas com HAS.

Tabela 10: Organização da atenção aos usuários portadores de HAS, associada a Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC).

Características da organização da atenção	n (%)
Estratificação de Risco Cardiovascular (ERC)	
Sim	39 (45,9%)
Não	46 (54,1%)
Profissionais que realizam a ERC	
Profissional de Educação Física	8 (19,5%)
Enfermeiro	30 (73,2%)
Médico Clínico Geral	35 (85,4%)
Médico Esp. em Saúde da Família	4 (9,8%)
Nutricionista	7 (17,1%)
Dentista	8 (19,5%)
Psicólogo	7 (17,1%)
Farmacêutico	2 (4,9%)
Fisioterapeuta	9 (22,0%)
Técnico de enfermagem	14 (34,1%)
Organização da atenção de acordo com a ERC	33 (78,6%)
Consulta médica de acordo com a ERC	7 (13,5%)
Consulta de enfermagem de acordo com a ERC	25 (35,7%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da autora, 2018.

Com base nos resultados apresentados na tabela 10, a estratificação de risco cardiovascular é realizada por 39 (45,9%) equipes de ESF. Porém destas, apenas 33 (78,6%) organizam a atenção aos usuários com HAS com base no grau de risco cardiovascular. A ERC é realizada principalmente pelo profissional médico 35 (85,4%), e 30 (73,2%) pelo enfermeiro. Em relação a consulta médica, 7 (13,5%) referem que a periodicidade é de acordo a estratificação e 25 (35,7%) que a consulta de enfermagem é com base nesta.

Tabela 11: Registro de informação dos usuários portadores de HAS das Estratégias Saúde da Família da Região Carbonífera.

Características dos registros	n (%)
Forma de Registro	
Registro Manual	4 (4,5%)
Registro Online	75 (85,2%)
Ambos	9 (10,2%)
Atualização dos Registros/Cadastros	
Sim	84 (94,4%)
Não	5 (5,6%)
Profissional responsável pela atualização	
Médico	27 (31,4%)
Enfermeiro	54 (62,8%)
Técnico de Enfermagem	27 (31,4%)
ACS	67 (77,9%)
Periodicidade da atualização	
Semanal	11 (13,3%)
Mensal	49 (59,0%)
Semestral	8 (9,6%)
Anual	6 (7,2%)
Conforme necessidade	8 (9,6%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da autora, 2018.

A tabela 11 evidencia que 88 (98,87%) enfermeiros possuem algum tipo de registro dos usuários portadoras de HAS em suas unidades. Dentre os tipos de registro relatados, o Sistema de Registro Online é o principal 75 (85,2%). O registro manual foi referido por apenas 4 (4,5%) enfermeiros, e a utilização de ambos, referida por 9 (10,2%) enfermeiros. Sendo que a atualização dos registros/cadastros é realizada por 84 (94,4%) equipes de ESF.

O profissional responsável pela atualização, na maioria das vezes, 67 (77,9%) é o Agente Comunitário de Saúde; seguido por 54 (62,8%), o Enfermeiro. A

atualização dos registros é feita de forma mensal por 49 (59,0%); semanal por 11 (13,3%), semestral e conforme necessidade por 8 (9,6%) das equipes de ESF.

Tabela 12: Consulta e Sistematização da Assistência em Enfermagem associada a ações/cuidados realizados pelos enfermeiros na ESF.

Consulta e SAE associada ações/cuidados	n (%)
Consulta de enfermagem	
Sim	73 (83,0%)
Não	15 (17,0%)
Sistematização da Assistência em Enfermagem	
Sim	28 (42,4%)
Não	38 (57,6%)
Assistência/cuidado de enfermagem aos usuários com HAS	
Realiza e atualiza a história clínica	72 (91,1%)
Investiga hábitos alimentares	78 (92,9%)
Identifica fatores de risco	78 (95,1%)
Verifica peso e calcula IMC e RCQ	61 (76,3%)
Verifica a pressão arterial	83 (97,6%)
Realiza exame físico	54 (73,0%)
Solicita e avalia exames complementares	41 (56,9%)
Orienta sobre mudanças no estilo de vida	81 (98,8%)
Informa sobre as complicações da doença	78 (95,1%)
Informações sobre uso dos medicamentos	83 (97,6%)
Incentiva adesão ao tratamento	83 (97,6%)
Realiza encaminhamento	58 (74,4%)
Estabelece consulta de retorno	60 (77,9%)
Registra informações no prontuário	84 (98,8%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da Autora, 2018.

A assistência/cuidado de Enfermagem aos usuários com HAS que apresentam uma frequência relativa maior que 95% referem-se ao registro de informações no prontuário 84 (98,8%); a oferta de informações sobre medicamentos, incentivo a adesão ao tratamento e a verificação da pressão arterial 83 (97,6%); orienta sobre mudanças no estilo de vida, 81 (98,8%); identifica fatores de risco e informa sobre as complicações da doença, 78 (95,1%).

Considerando a consulta de enfermagem 73 (83,0%) enfermeiros referem sua realização, destes, 28 (42,4%) referem desenvolver a SAE.

Tabela 13: Organização da assistência/cuidado aos usuários com HAS, associada a demanda para agravos de saúde além das consultas programadas.

Organização da assistência/cuidado	n (%)
Organização da assistência	
Sim	25 (28,4%)
Não	63 (71,6%)
Motivo da organização	
Excesso de demanda	8 (33,3%)
Para organizar a demanda	16 (66,7%)
Para melhor acompanhamento do usuário	17 (70,8%)
Para tornar o atendimento acessível	13 (54,2%)
Consulta médica como ação programática	46 (51,7%)
Atendimento aos usuários, além das consultas programadas	72 (81,8%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da Autora, 2018.

Observa-se na tabela 13 que 25 (28,4%) das equipes de ESF possuem horários específicos para o atendimento aos portadores de hipertensão. Sendo que o principal motivo da organização da atenção, 17 (70,8%), visa o melhor acompanhamento ao usuário. A consulta médica como ação programática foi referida por 46 (51,7%), e o atendimento aos usuários com HAS, além das consultas programadas, foi referido por 72 (81,8%) enfermeiros.

Tabela 14: Ações desenvolvidas pela equipe da ESF, para redução de fatores de risco, associada a efetivação de grupos terapêuticos aos portadores de HAS.

Ações equipe redução fatores risco x grupos terapêuticos	n (%)
Ações desenvolvidas para redução de fatores de risco	70 (79,5%)
Ações educativas realizadas	
Hábitos alimentares saudáveis	59 (84,3%)
Controle do peso corporal	61 (87,1%)
Controle de níveis pressóricos	54 (77,1%)
Prática regular de atividade física	54 (77,1%)
Redução no consumo de sal	55 (78,6%)
Malefícios do alcoolismo e tabagismo	55 (78,6%)
Controle do estresse	46 (65,7%)
Grupos terapêuticos	25 (28,0%)
Local das atividades em grupo	
No âmbito da UBS	20 (80,0%)
Na associação de bairro/comunitária	5 (20,0%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da Autora, 2018.

As ações para redução de fatores de risco em usuários portadores de HAS foram referidas por 70 (79,5%) enfermeiros. O controle do peso corporal e o incentivo a hábitos alimentares saudáveis, foram consideradas as ações mais importantes por 61 (87,1%) e 59 (84,3%) enfermeiros, respectivamente. A efetivação de grupos terapêuticos foi referida por 25 (28,0%), e os locais onde ocorrem as atividades em grupo são no âmbito da UBS, 20 (80,0%) e na associação de bairro/comunidade, 5 (20,0%) (Tabela 14).

Tabela 15: Profissionais da Equipe multiprofissional envolvidos na assistência aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e realização de consulta compartilhada.

Profissionais envolvidos na assistência ao usuário com HAS	n (%)
Equipe multiprofissional na assistência ao usuário com HAS	
Enfermeiro	87 (100%)
Médico Clínico Geral	84 (98,8%)
Médico Esp. em Saúde da Família	9 (22,0%)
Nutricionista	65 (94,2%)
Dentista	62 (89,9%)
Psicólogo	55 (88,7%)
Farmacêutico	38 (71,7%)
Fisioterapeuta	44 (78,6%)
Técnico de enfermagem	81 (100%)
Agente Comunitária de Saúde	75 (96,2%)
Assistente Social	14 (28,0%)
Profissional de Educação Física	41 (69,5%)
Consulta de enfermagem compartilhada	
Sim	51 (72,9%)
Não	19 (27,1%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da Autora, 2018.

Em relação a consulta de enfermagem compartilhada, 51 (72,9%) referem sua realização. Os profissionais que mais participam da atenção ao usuário com hipertensão na equipe multiprofissional, são, 87 (100%) enfermeiro, 84 (98,8%) médico clínico geral, 75 (96,2%) ACS e 81 (100%) Técnico em enfermagem (Tabela 15).

A tabela 16 evidencia que, entre os profissionais da ESF, 20 (23,0%), recebeu pelo menos uma capacitação nos últimos 5 anos. As ações no formato de capacitações/palestras foram referidas por 6 (35,3%) enfermeiros. Os profissionais que mais participam destas capacitações, são Enfermeiro, 11 (39,2%) e Médico, 9 (32,1%).

Tabela 16: Qualificação/capacitação específica para assistência/cuidado a pessoas com HAS, recebida pela equipe de ESF nos últimos 5 anos.

Qualificação/capacitação específica para assistência/cuidado	n (%)
Educação Permanente em Saúde	20 (23,0%)
Ações referidas pelos profissionais como capacitação	
Capacitações/palestras	6 (35,3%)
Atividades em grupo hiperdia	1 (5,9%)
Tele-saúde e tele-consultoria	1 (5,9%)
Reuniões	1 (5,9%)
Cuidado com idoso e assistência HAS e DM	1 (5,9%)
Outros	6 (35,3%)
Qual(s) profissional(s) participou da ação de EPS	
Enfermeiro	11 (39,2%)
Médico	9 (32,1%)
Equipe NASF	2 (7,1%)
ACS	3 (10,7%)
Equipe ESF	2 (7,1%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da Autora, 2018.

Observa-se na Tabela 17, que 41 (47,1%) enfermeiros conhecem ou utilizam protocolos para assistência/cuidado aos usuários com HAS. O protocolo de encaminhamento para serviços de pronto-atendimento, 20 (50%), foi o mais referido. Esses protocolos foram produzidos, em sua maioria, pelo Ministério da Saúde, 25 (59,5%), e Secretaria Municipal de Saúde, 16 (38,1%) (Tabela 17).

Tabela 17: Protocolos para assistência/cuidados as pessoas com HAS na ESF.

Protocolos para assistência/cuidados	n (%)
Protocolos para assistência as pessoas com HAS	41 (47,1%)
Quais são estes protocolos	
Consulta de Enfermagem com renovação de receita	16 (40%)
Encaminhamento para especialidades	18 (45%)
Encaminhamento para internação hospitalar	15 (37,5%)
Encaminhamento para serviços de pronto-atendimento	20 (50,0%)
Quem produziu estes protocolos	
Ministério da Saúde	25 (59,5%)
Secretaria Estadual de Saúde	4 (9,5%)
Secretaria Municipal de Saúde	16 (38,1%)
Equipe da ESF	9 (21,4%)
Órgãos representativos de classes profissionais	6 (14,3%)
Não Sabe	2 (4,8%)
Quais profissionais utilizam	
Enfermeiro	36 (92,3%)
Médico Clínico Geral ou de Família	27 (69,2%)
Nutricionista	8 (20,5%)
Dentista	9 (23,1%)
Técnico de enfermagem	16 (41%)

Dados apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Fonte: Dados da Autora, 2018.

5. DISCUSSÃO

Com a análise dos resultados da pesquisa, observa-se que 82 (92,1%) dos enfermeiros são do sexo feminino, isso denota que na ABS da região carbonífera a profissão ainda tem uma característica predominantemente feminina. Isso corrobora o estudo de Santos et al (2017), que contextualiza a relação histórica entre esse predomínio com a profissão de enfermagem. Pois, sob a influência de Florence Nightingale, ocorreu a feminização da profissão de enfermagem. Ela acreditava que as mulheres eram dotadas de carinho, delicadeza, devoção, sensibilidade e caridade, dessa forma, mais aptas para a tarefa do cuidar.

A realização de especialização em nível de pós-graduação, foi mencionada por 71 (79,8%) enfermeiros, porém apenas 36 (56,3%) realizaram especialização na área de Saúde Coletiva, Atenção Básica em Saúde e Saúde da Família. Para Oliveira et al (2016), existe uma dificuldade de inserir novos profissionais na lógica da ABS, pois a maioria segue um modelo assistencial privatista e hospitalocêntrico, que desvaloriza a política social da atenção básica. Esta, enfrenta inúmeros desafios para tornar-se hegemônica, capaz de enfrentar o modelo fragmentado existente.

Diante disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada a principal vertente da Atenção Primária a Saúde, visa à implementação e fortalecimento do SUS, propondo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. Portanto, há uma preocupação com a educação formal dos profissionais de saúde, exigindo uma reorientação da gestão do trabalho e da educação na saúde, referendada por meio de movimentos sociais, legislações e políticas públicas (OLIVEIRA et al, 2016).

Assim, a qualidade da formação do profissional influencia uma concepção de modelo assistencial integral e individualizada ou uma prática de trabalho deformada, com a desvalorização da APS, ou seja, ações baseadas na resolução de casos agudos e deficiência da promoção a saúde e prevenção de agravos.

O pensamento ético e humanizado no processo de formação de enfermeiros, contribui para concretização do SUS. A humanização como tema transversal nos currículos, é potencial para efetivar as transformações almejadas. A formação de profissionais com o pensamento contra hegemônico é um grande desafio para a prática docente, para compreensão dos alunos e dos profissionais de saúde, numa mesma sintonia. Todas as mudanças discutidas dependem da superação de

paradigmas e movimentos de redefinição de saberes e de práticas que devem ser voltados ao SUS da graduação aos cursos de pós-graduação (BREHMER; RAMOS, 2016).

Dentre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na atenção aos usuários com HAS, a mudança no estilo de vida é a principal, referida por 81 (98,8%). Que tem como objetivo principal, promover hábitos saudáveis de vida, diminuindo a morbimortalidade cardiovascular. Algumas medidas essenciais para isso, são a alimentação equilibrada associada a prática de atividades físicas, que leva à perda de peso, redução de pressão arterial, da sensibilidade ao sódio e a diminuição da atividade do sistema nervoso simpático.

A falta de adesão ao tratamento foi referida como segunda maior dificuldade, por 58 (72,5%) enfermeiros, caracterizada como o grau de comportamento do usuário, em relação a seguir a terapia medicamentosa, mudança de hábitos de vida e comprometimento com o tratamento e com as consultas agendadas. Vale ressaltar aqui que essa problemática, bem como, qualquer outra patologia crônica, não envolve apenas seu conceito de doença; esta questão é complexa e multifatorial, envolvendo apoio familiar, aspectos físicos, sociais, psicológicos e culturais (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

A adesão ao tratamento medicamentoso não deve se restringir às consultas médicas. O manejo ideal da hipertensão arterial deve associar o tratamento medicamentoso a prática de atividade física e alimentação. Porém, há uma baixa adesão a essas práticas na população em geral, e em grupos específicos, de pessoas com doenças crônicas, mais sujeitos aos efeitos danosos do sedentarismo e da dieta não adequada (GIROTTTO et al, 2013).

Para Costa et al (2014), as dificuldades em mudar o estilo de vida, não seguir a prescrição terapêutica e falta de informações a respeito da doença, são consideradas um dos maiores problemas no tratamento HAS, contribuindo para a não adesão. Para que a adesão seja efetiva, é importante a participação e apoio familiar no planejamento do cuidado, junto aos profissionais de saúde, com objetivo de incentivar hábitos saudáveis de vida, e terapêutica medicamentosa conforme prescrição médica.

Dessa forma, é imprescindível a atuação do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como, a coordenação da equipe sob sua responsabilidade, para o manejo dos casos de HAS no cotidiano dos serviços. Uma

vez instalada a HAS, a atuação do enfermeiro incide em orientar sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, controle da doença e suas complicações (COSTA et al, 2014). Logo, é muito importante a análise da enfermeira em relação a resistência a adesão ao tratamento, a fim de se estruturar uma conduta que traga o usuário para junto do serviço de saúde por meio da elaboração do seu projeto terapêutico.

Em relação a estratificação de risco cardiovascular, realizada por 39 (45,9%) equipes de ESF, segundo a pesquisa, deveria ser uma prática comum a todas as equipes, pois o Ministério da Saúde propõe a utilização da estratificação de risco cardiovascular para definir o prognóstico, organizar a atenção e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária (PIMENTA; CALDEIRA, 2014). Porém, essa organização foi referida por apenas 33 (78,6%) enfermeiros. Sendo que, o Médico, 35 (85,4%), e o Enfermeiro, 30 (73,2%), são os profissionais que geralmente realizam a ERC. Por conseguinte, a periodicidade da consulta médica e de enfermagem, atendendo os parâmetros da ERC, foi referida que ocorre com apenas, 7 (13,5%), e 25 (35,7%) enfermeiros, respectivamente.

Na consulta de enfermagem para a estratificação de risco cardiovascular, recomenda-se a utilização do Escore de Framingham. Dessa forma, a consulta incide sobre os fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão, ou seja, as mudanças no estilo de vida, o incentivo à atividade física, à redução do peso corporal quando acima do IMC recomendado e o abandono do tabagismo e álcool. Deve também estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, a manutenção de níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco (BRASIL, 2013).

A abordagem individualizada do usuário com hipertensão, utilizando o Escore de Framingham, tem o objetivo de reduzir a mortalidade por DCV, reduzir a ocorrência de desfechos graves, melhorar o controle da doença, indo além da adequação dos níveis pressóricos. Ela respeita os princípios da integralidade e da equidade e auxilia os profissionais na organização da assistência, adotando estratégias de tratamento individualizadas e apropriadas a cada indivíduo portador de HAS. Promovendo o autocuidado e a responsabilidade compartilhada do manejo da hipertensão, ressaltando o papel protagonista da ABS, para o sucesso da prevenção integrada dos fatores de risco cardiovasculares (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

Quanto ao registro dos usuários portadores de hipertensão arterial, observa-se que 88 (98,87%) ESFs possuem algum tipo de registro. O Sistema de Registro Online, é o principal, 75 (85,2%), e os profissionais responsáveis pela atualização, na maioria das vezes, são o Agente Comunitário de Saúde, 67 (77,9%) e o Enfermeiro, 54 (62,8%).

Em Brasil (2017, p. 19) está descrito que, compete a todos os profissionais da ABS, “alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente”. Dessa forma, cabe aos Estados, a partir dos dados gerados pelos sistemas de informação, analisar e utilizá-los no planejamento de ações, além de divulgar os resultados obtidos.

Destaca-se, também, a importância de um sistema de informação ou banco de dados próprio de cada ESF/município, para o controle de atendimentos mensais realizados pela equipe multiprofissional, podendo também servir para o planejamento das ações a serem executadas a cada consulta, baseado na demanda anterior. Além disso, é necessário que tal sistema, alertasse sobre fatores de risco, lesão em órgãos-alvo, dispensação e controle de medicamentos, dificuldades e potencialidades no tratamento, histórico familiar, RCV e doenças associadas, para fins epidemiológicos e de planejamento, contribuindo para organização e programação da periodicidade das consultas conforme classificação de risco cardiovascular.

A realização da Consulta de Enfermagem, foi referida por 73 (83,0%) enfermeiros, porém destes, apenas 28 (42,4%) desenvolvem a SAE. A assistência/cuidado de Enfermagem aos usuários com HAS que apresentam uma frequência relativa maior que 95% referem-se ao registro de informações no prontuário 84 (98,8%); a oferta de informações sobre medicamentos, incentivo a adesão ao tratamento e a verificação da pressão arterial 83 (97,6%); orienta sobre mudanças no estilo de vida, 81 (98,8%); identifica fatores de risco e informa sobre as complicações da doença, 78 (95,1%).

Destaca-se que apenas 41 (56,9%) Enfermeiros solicitam e avaliam exames complementares, 58 (74,4%) realiza encaminhamento e 60 (77,9%) estabelecem consulta de retorno. Importante ressaltar que todas as ações descritas na tabela 12, deveriam fazer parte do processo de trabalho em enfermagem e estarem associadas a SAE, pois esta, é absolutamente necessária para que o Processo de Enfermagem ocorra (COFEN, 2009; BRASIL, 2013).

Dessa forma, se o Enfermeiro compreender a importância da SAE, haverá qualificação e organização do cuidado de enfermagem, cientificidade da profissão; reconhecimento profissional; autonomia, vínculo; ética e responsabilidade. Além disso, o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

A avaliação clínica laboratorial é eficaz aos portadores de hipertensão, pois confirma a elevação da pressão arterial, avalia lesões de órgãos-alvo, identifica fatores de risco para doença cardiovascular e doenças associadas. Este número reduzido deve-se, talvez, a ausência de protocolos que permitam encaminhamentos e solicitação de exames pelos enfermeiros, porém a avaliação do resultado pode e deve fazer parte da conduta terapêutica de enfermagem.

Nesse sentido, observa-se que 41 (47,1%) enfermeiros conhecem ou utilizam os protocolos para assistência/cuidado aos usuários com HAS. Sendo que o tipo de protocolo mais referido foi o de encaminhamento para serviços de pronto-atendimento 20 (50%). Segundo Brasil (2017, p. 10), “a utilização de protocolos de encaminhamento serve como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores”. A implantação e utilização de um protocolo assistencial é capaz de consolidar um conjunto de ações sistematizadas para o acompanhamento e avaliação dos indivíduos com HAS, desencadeando um processo de educação permanente para as equipes das UBS.

O conjunto de recomendações para o cuidado integral de forma documentada, objetiva guiar as equipes para um acompanhamento qualificado e padronizado, das pessoas que convivem com o problema HAS através do diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos agravos, identificação de FR para DCV e promoção de ações de saúde que propiciem a adesão ao tratamento (BRASIL, 2009a). Logo, os protocolos são subsídios indispensáveis à tomada decisão no cotidiano da atenção à saúde, embasando o cuidado de toda equipe. Os Protocolos da Atenção Básica têm abrangência nacional, podendo ser adotados na íntegra ou adaptado pelos gestores estaduais e municipais conforme as necessidades e particularidades regionais.

Para uma consulta de enfermagem efetiva, o Enfermeiro deve seguir todas as etapas do processo de enfermagem, ou seja, coleta dos dados e exame físico, diagnóstico, planejamento e implementação dos cuidados junto ao usuário, adotando condutas de resolutividade direta, de encaminhamento a equipe multidisciplinar ou ao serviço competente, além da avaliação das metas atingidas e reestruturação das intervenções de acordo com as necessidades do usuário. Dessa forma, sistematizar a assistência de enfermagem, é imprescindível para aplicar o processo de enfermagem e garantir um cuidado integral, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do indivíduo (CARVALHO, 2011).

Quanto a organização da atenção por meio de horários específicos, para o atendimento aos portadores de HAS, constata-se que apenas 25 (28,4%) das equipes de ESF possuem. Sendo que para apenas 17 (70,8%) dos participantes, o principal motivo da organização da atenção, visa o melhor acompanhamento ao usuário. A consulta médica como ação programática foi referida por 46 (51,7%), sendo que esta, constitui uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada tecnologias de base epidemiológica. Nesse sentido, o atendimento aos usuários com HAS, além das consultas programadas, foi referido por 72 (81,8%) enfermeiros.

Queiroz (2015) refere que devemos enfrentar as barreiras burocráticas de agendamento e limitação de consultas em dias e grupos específicos, garantindo a atenção longitudinal do usuário, com a organização de um registro de consultas para o acompanhamento dos indivíduos ao longo dos anos, seja em ações preventivas, consultas de rotina, condições crônicas e agudas. A procura do usuário pela unidade de saúde ocorre geralmente na presença de sinais e sintomas físicos, demonstrando que o portador dessa patologia é quem se auto avalia nas suas necessidades de atendimento e de procura pela unidade de saúde. Este fato mostra que a compreensão do processo saúde-doença pelo indivíduo pode aproximá-lo ou afastá-lo da UBS (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

A busca pela atenção curativa, médico centrada, baseada na queixa-conduta, permanece como expectativa da maioria dos usuários quando procuram a unidade de saúde. Porém, estes, estão incluídos no processo de mudanças e necessitam compreender, assim como alguns profissionais, a respeito do papel e do funcionamento dos serviços de saúde, sendo o enfermeiro um dos agentes

fundamentais para sensibilização da comunidade sobre essa questão (BREHMER; RAMOS, 2016).

As ações para redução de fatores de risco em usuários portadores de HAS, foram referidas por 70 (79,5%) enfermeiros. As ações educativas mais mencionadas, foram o controle do peso corporal, 61 (87,1%); e o incentivo a hábitos alimentares saudáveis, 59 (84,3%). Contudo, a efetivação de grupos terapêuticos foi referida por apenas 25 (28,0%) enfermeiros e os locais onde ocorrem as atividades em grupo são no âmbito da UBS, 20 (80,0%) e na associação de bairro/comunidade, 5 (20,0%).

O enfermeiro deve refletir, junto ao usuário portador de HAS, sobre a importância da mudança do estilo de vida e o desencadeamento de atitudes que favoreçam sua adesão ao tratamento, incentivando-o à compreensão sobre sua real situação de saúde e de vida. Nesse aspecto, a construção de um cuidado singular, incorpora uma dimensão educativa que considera que os indivíduos não são consumidores de orientações, eles são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação (CARVALHO, 2011; COSTA et al, 2014). Logo, os enfermeiros devem construir seu fazer educativo na lógica da educação que emancipa e mobiliza processos de mudanças, e não simplesmente repassa conhecimentos muitas vezes descontextualizados da realidade dos usuários.

No desenvolvimento das atividades em grupos, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional. Os grupos possibilitam a atuação interdisciplinar condizente com a prática clínica humana, equânime e resolutiva, bem como, potencializam as trocas dialógicas, proporcionam troca de experiências e a melhoria da adaptação e modo de vida individual e coletivo. Portanto, o trabalho em grupos terapêuticos deve ganhar espaço nos serviços e instituições da rede de atenção à saúde, pois exhibe consequências positivas no acompanhamento de diversos agravos e doenças, tratando-se de uma prática relevante no planejamento de intervenções clínicas (BENEVIDES, et al, 2010).

No tocante a equipe multiprofissional na atenção ao usuário com hipertensão na ESF, os profissionais que mais participam desta, são Enfermeiro, 87 (100%); Médico, 84 (98,8%) e ACS, 75 (96,2%). Destaca-se que o psicólogo e o farmacêutico, profissionais importantes para adesão ao tratamento, em especial medicamentoso, foram citados por 55 (88,7%) e 38 (71,7%), respectivamente. Em relação a consulta de enfermagem compartilhada, 51 (72,9%) referem sua realização.

Realizar, em conjunto com o apoiador ou equipe de apoio matricial, uma consulta na UBS, em visita domiciliar, ou em outros espaços, possibilita a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. A consulta compartilhada favorece a interação de várias abordagens que possibilitem o manejo eficaz da complexidade do trabalho interdisciplinar e integral, refletindo em aspectos de extrema relevância para a formação profissional, conferindo um caráter inovador nas condutas assistenciais (BRASIL, 2009b).

Além disso, pode haver a discussão de casos e formulação de Projetos Terapêuticos Singulares, nas quais participam os profissionais envolvidos na atenção ao usuário, orientadas a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Isto, permite a articulação do trabalho em equipe, ampliação do conjunto de ações e serviços da atenção em saúde, humanização da assistência e promoção da integralidade (BRASIL, 2009b).

A horizontalidade e a integralidade devem estar presentes no trabalho da equipe de saúde da família, por meio da interdisciplinaridade, possibilitando a autonomia dos profissionais da equipe, para além de um trabalho técnico hierarquizado. Caso isso não ocorra, o modelo fragmentado, centrado na doença e divisão do trabalho, se sobressai. Dessa forma, os profissionais trabalham de forma individualizada, com objetivo único de atenção aos casos agudos e as ações de promoção e prevenção a saúde ficam em segundo plano (CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013).

Com relação a Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada, observa-se que apenas 20 (23,0%) respondentes expressaram que pelos menos um profissional da equipe de ESF, recebeu capacitação nos últimos 5 anos. Os profissionais que mais participaram destas capacitações, foram Enfermeiro, 11 (39,2%); e Médico, 9 (32,1%).

Conforme Costa et al (2014), o desenvolvimento da educação permanente em saúde, proporciona o domínio do profissional sobre a doença, colaborando para uma maior segurança e interesse do usuário com HAS. Portanto, é necessário a adoção de estratégias educativas, com vistas a troca de conhecimento entre profissional-usuário, resgatando o saber das pessoas e valorizando sua cultura, ao invés de tentar verticalizar informações para cuidados em saúde, aspecto pouco evidenciado nos resultados.

Mesmo que pouco expressaram haver ações de capacitação de forma sistemática, vale lembrar que Oliveira (2016, p. 555), problematiza a contribuição significativa que as capacitações fazem “para o aperfeiçoamento profissional dos entrevistados e que isto se refletiu na sua prática profissional ou em uma melhor qualidade do serviço, na percepção dos profissionais”.

Brasil (2017, p. 3), apresenta que são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: “desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais”.

A educação permanente em saúde tem como desígnio fatores indissociáveis ensinar/aprender e se incorporam no cotidiano dos serviços e na interação entre os profissionais. É uma concepção que norteia ações voltadas para o saber prático e transformador, pautada na interdisciplinaridade. Devendo proporcionar maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, embasada num processo pedagógico para o desenvolvimento de práticas transformadoras (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017).

6. CONCLUSÃO

Um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente, deve-se a compreensão dos princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social, para a garantia da qualidade da atenção e gestão. Inúmeras patologias crônicas, principalmente relacionadas ao estilo de vida, são diagnosticadas na atenção básica e poderiam ser minimizadas através do cuidado integral do usuário, que demanda ações de promoção e prevenção de doenças, considerando que tais patologias levam anos para se manifestar e gerar maiores danos à saúde.

Portanto, o processo de conscientização do indivíduo portador de hipertensão arterial, por se tratar de uma patologia crônica e ser um fator de risco que eleva a morbimortalidade cardiovascular, é um dos maiores desafios para a atenção básica, especialmente por não apresentar sintomas. Dessa forma, o vínculo e a comunicação entre usuário-profissionais influencia a adesão ao tratamento, culminando para controle de níveis pressóricos e a prevenção de agravos. Para que isso ocorra de forma efetiva, é importante o acompanhamento contínuo e integral dos usuários, aumentando sua qualidade e expectativa de vida.

A realização de ações de cuidado de forma individualizada, desenvolvendo nos usuários os conhecimentos, aptidões e autonomia para tomada de decisões a respeito de sua saúde, fazem parte do cuidado centrado na pessoa. Este, deve ser construído junto aos usuários com HAS, de acordo com suas necessidades e potencialidades, considerando a família e a comunidade, como elementos condicionantes e determinantes na vida dos mesmos.

Porém, associando os resultados da pesquisa com observações empíricas, evidencia-se um contrassenso ao modelo ideal de atenção, pois muitos enfermeiros não prestam a assistência que referem dispensar, limitando sua atuação frente aos portadores de HAS de modo superficial, apenas renovando receitas e dispensando medicações, ou seja, não realizam de forma efetiva ações de educação e promoção da saúde, aspecto que dificulta o controle da patologia e a prevenção de agravos.

A ABS deve ser vista como um serviço de saúde resolutivo, e cabe aos enfermeiros a responsabilização por esse feito. Portanto, é fundamental o incentivo financeiro adequado pela responsabilização de gestão e assistência desenvolvida pelos profissionais que atuam nela, levando a cada um, oportunidades de aprendizado, educação permanente em saúde, como material para autoinstrução,

curso livres e de atualização, curso de aperfeiçoamento, especialização e, até mesmo, mestrados profissionais.

Além disso, os gastos em saúde podem ser reduzidos se a intervenção for feita na atenção primária, e não em outros níveis, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a população. Dessa forma, a ampliação das ações à portadores de HAS deve ser priorizada, em virtude da melhora da saúde da população e ao custo-benefício do controle da mesma, por meio de consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares, educação em saúde, em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de reperfusão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia, entre outros).

A readequação da educação formal vigente nos cursos de graduação em saúde, é um aspecto que deve ser analisado. A formação dos profissionais deveria ter como propósito principal a transformação das práticas, através de uma educação formal humanizada, crítica e reflexiva, com competência e disposição para agir destoante ao paradigma hegemônico. O processo formativo restrito a um conjunto de conteúdo, é um mecanismo de formação de meros executores de procedimentos, pouco comprometidos com o SUS e com as transformações sociais, contribuindo para a consolidação de um modelo de atenção à saúde fragmentado e descontextualizado da realidade social atual.

A estratificação de risco cardiovascular é um método simples e barato de estimar o grau de risco cardiovascular, auxiliar na organização da atenção, bem como, é uma maneira compreensível de esclarecer ao usuário portador de HAS, como a adesão ao tratamento pode reduzir o risco da ocorrência de agravos ao longo dos anos.

Nessa perspectiva, a informação sobre o cuidado e as medidas preventivas deve ser levada aos usuários de forma acessível e dinâmica para alcançar maior adesão no tratamento. O reconhecimento das dificuldades para as mudanças dos estilos de vida e para o uso correto da medicação, devem fazer parte do atendimento a pessoa com hipertensão, valorizando a escuta e o acolhimento, por parte da equipe multiprofissional, na busca de um bom controle da HAS com maior autonomia e qualidade de vida.

É essencial para a prevenção de complicações em pessoas hipertensas, a atuação de uma equipe multidisciplinar, pois contribui de forma eficaz na adesão ao tratamento. Apresenta-se como importante estratégia para a construção do trabalho

colaborativo, podendo contribuir, *a posteriori*, para que os profissionais assumam uma relação de diálogo com sua equipe, compartilhem saberes e práticas, e promovam integração e responsabilização, numa perspectiva interdisciplinar sobre a condução de cuidado em saúde integral.

A fim de qualificar a atenção aos usuários com HAS, somente a real integração entre os diferentes níveis de atenção e categorias profissionais, propiciará ações de saúde efetivas na redução de agravos decorrentes da HAS. Uma atenção que considera outras dimensões do cuidado à saúde, na lógica da integralidade, deve ser alcançada, a fim de transpor as barreiras da atenção técnica, biológica e curativista.

Destaca-se que o enfermeiro é o profissional essencial para a execução e seguimento de ações de saúde, envolvendo desde as intervenções diretas a partir da consulta de enfermagem, até as intervenções indiretas, através da promoção e educação em saúde. Entretanto, pressupõe-se que o enfermeiro tem dificuldades de priorizar atividades de caráter assistencial e educativo, destinando mais tempo às atividades gerenciais da ESF. Há necessidade de uma gestão de processos compartilhada entre toda a equipe, de modo que o trabalho do enfermeiro não seja aprisionado por atividades de gestão.

A garantia de acompanhamento e tratamento sistemático, investindo-se na educação permanente em saúde dos profissionais da ABS, por meio da reorganização e padronização da assistência aos indivíduos com hipertensão, contribui significativamente para redução da morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares. A equipe da ABS através da educação em saúde, contribui para autonomia dos indivíduos, para responsabilização do cuidado, e compreensão dos determinantes dos agravos à saúde, evitando ou minimizando-os.

Uma compreensão ampliada da EPS, pode contribuir em face de outra política de educação profissional, mobilizando órgãos gestores e às instâncias deliberativas baseada na problematização das questões do cotidiano dos profissionais, buscando a transformação das práticas e das realidades vivenciadas, visto que os dados ressaltam uma grande deficiência em relação a ações de EPS para as equipes.

Portanto, o presente estudo foi relevante, uma vez que, além da disseminação a respeito da gestão do cuidado realizada pelo enfermeiro na atenção básica a esse grupo específico, com foco na prevenção de agravos, foi possível

descrever o processo de trabalho da equipe, baseando e estimulando a melhoria da prática assistencial em saúde, aos gestores e profissionais de saúde.

Dessa forma, é importante que os resultados encontrados nesta pesquisa subsidiem discussões e contribuam para mudanças no trabalho das equipes de saúde da família, de modo a colaborar o incentivo à efetivação da saúde com qualidade e resolubilidade, ao tornar os profissionais aptos a atuarem na direção da interdisciplinaridade, visando à colaboração para uma assistência integral dos usuários.

Ressalta-se como limitação do estudo a utilização de um instrumento com questões fechadas e autoaplicáveis, o que dificulta analisar minuciosamente a atuação dos enfermeiros na ABS, em especial, na atenção aos usuários com HAS. Além disso, impede identificar as propostas pedagógicas e características da formação e da qualificação dos profissionais que poderiam elucidar algumas propostas de melhoria na qualidade dos serviços. Assim, é necessário a realização de outras pesquisas, de abordagem qualitativa e/ou participativa, a fim de sensibilizar processos de mudanças nas práticas profissionais com intuito de prestar uma atenção integral, interdisciplinar e efetiva ao usuário portador de hipertensão arterial e sua família, a partir de medidas de educação, promoção e prevenção de agravos à saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto (Org.). **SUS Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011. 189 p.

BENEVIDES, Daisyanne Soares et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 127-138, Mar. 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Nov. 2018.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 Out. 2018.

BRAND Caroline; SCHUH, Laísa Xavier; GAYA, Anelise Reis. Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos. Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc. **Cinergis.**, v.14, n.3, p.161-165, 2013. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis>>. Acesso em: 17 de Abril de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003, 248 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 15 de Março de 2018.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União. Brasília. 1990**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>> Acesso em: 14 de Março de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 15 de Março 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 02 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde**; Org. de Sandra Rejane Soares Ferreira; et. al. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009a. 54 p. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/protocolodehipertensao.pdf>>. Acesso em: 28 de Março de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 04 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 27 de Março de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso

em: 04 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Vigil. Abr. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 26 de Março de 2018.

_____. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). **Divulgação em saúde para Debate/Redes de Atenção a Saúde: construindo o cuidado integral**. Rio de Janeiro, n. 52. 220 p. Out. 2014c. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 05 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 20 de Março de 2018.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 135-145, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100135&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Nov. 2018.

BRITO, Thiago Midlej; GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Hipertensão arterial sistêmica. **RBM**, Ed. Moreira Jr. São Paulo, v. 69, n. 12, p. 6-15, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5281&fase=imprime>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

CAMARGO, Rosangela Andrade Aukar de; ANJOS, Flávia Roberta dos; AMARAL, Maronita Ferreira do. Estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Min Enferm.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 864-872, Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/892>>. Acesso em: 03 de Abril de 2018

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de Abril de 2018.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de Março de 2018.

CARVALHO, Anthonia Katilianna Maciel de et al. Consulta de enfermagem na percepção dos portadores de Hipertensão atendidos na estratégia saúde da família. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v.15, n. 3, p. 341-347, jul./set., 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/43>. Acesso em: 06 Nov. 2018.

COLIMOIDE, Fabiana da Penha et al. Integralidade na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 611-617, Dez. . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000300611&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 de Março de 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados. Brasília, DF, Out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen3582009_4384.html. Acesso em: 27 de Março de 2018.

COSTA, Yasmin Fernandes et al. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.4, p.473-481, 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf. Acesso em: 06 Nov. 2018.

CUNHA, Nilza Maria. **A atenção ao hipertenso na estratégia saúde da família:** um estudo das características clínico-epidemiológicas e de organização dos serviços em João Pessoa – Paraíba. 2012. 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, João Pessoa, 2012.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Out. 2018.

GIROTTTO, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, Jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Out. 2018.

GOIS, Cristiane Franca Lisboa et al. **Proposta para a assistência de enfermagem sistematizada a pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus na atenção básica.** Conselho Regional de Enfermagem. COREN. Sergipe: 2017, Cap. 7, 22 p. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Capitulo-7-SAE-HA-e-DM.pdf>. Acesso em: 28 de Março de 2018.

GONZALEZ, Marino Corredera. **Controle da Hipertensão Arterial:** Desafio na Atenção Primária à Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Universidade Aberta do Sus. Especialização em Saúde da Família. Rio de Janeiro: 2015.

Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3742/Marino%20Corredeira%20Gonzalez.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 de Abril de 2018.

LIMA, Dartel Ferrari de; LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1168-1176, Dez. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401168&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Março de 2018.

MAGALHÃES, Carlos Costa et al. (Ed.). **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2015. XLVIII, 1612 p. ISBN 9788520445105.

MAKUCH, Débora Maria Vargas; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma Revisão Sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 515-524, Dez. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400515&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Março de 2018.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq Bras Cardiol. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro: Set. 2016, v.107, n. 3, Supl.3, 103 p. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 26 de Março de 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. /Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445776/mod_resource/content/1/Redes_de_Atencao_-mendes2.pdf>. Acesso em: 04 de Abril de 2018.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 547-559, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 Nov. 2018.

PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, Jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de Março de 2018.

QUEIROZ, Rosimeire Fontes. **Contribuições da enfermagem para a integralidade do cuidado as pessoas idosas com hipertensão arterial**. 2015. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135809/335698.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 de Março de 2018.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Arterial Hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-553, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 de Março de 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. SP: Atlas, 1999, 334 p.

RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org). **SUS Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, p.117-134.

SANTOS, Bianca Pozza dos et al. Ensino de enfermagem no Brasil: do advento do sistema nightingale ao cenário científico. **Hist. Enf. Revista Eletrônica (here)**, Pelotas/RS, v. 5, n. 2, p. 310-322. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num2artigo11.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO Enfermeiros Gestores das Estratégias Saúde da Família	
Preenchido pelo pesquisador	Código do participante:
	Data coleta dados:
Preenchido pelo Participante	Contato telefônico:
Bloco I: Perfil profissional dos participantes	
1) Município em que trabalha atualmente:	
2) Sexo:	1. () Masculino 2. () Feminino
3) Idade:	
4) Ano de Conclusão da Graduação:	
5) Instituição de Ensino Superior em que se formou na Graduação:	
6) Renda mensal (Base Salário Mínimo – R\$ 954,00)	1. () R\$ 954,00 a R\$ 1.908,00 2. () R\$ 1.909,00 a R\$ 2.862,00 3. () R\$ 2.863,00 a R\$ 3.816,00 4. () R\$ 3.817,00 a R\$ 4.770,00 5. () mais de R\$ 4.771,00
7) Formação em nível de Pós-graduação	1. () Não possui 2. () Doutorado / Ano: _____ 3. () Mestrado / Ano: _____ 4. () Especialização: a. _____ / Ano: _____ b. _____ / Ano: _____ c. _____ / Ano: _____ d. _____ / Ano: _____ e. _____ / Ano: _____
8) Tempo de Trabalho como Enfermeiro:	_____ anos _____ meses
9) Locais em que já trabalhou como Enfermeiro:	
10) Vínculo empregatício atual:	1. () Contrato temporário 2. () CLT 3. () Processo seletivo 4. () Concurso Público 5. () Outro:

11) Carga-horária semanal de trabalho:	1. () < 20 horas 2. () 20-30 horas 3. () 40 horas 4. () > 40 horas
--	---

12) Tempo de trabalho como Enfermeiro da ABS:	_____ anos _____ meses
---	------------------------

13) Tempo de trabalho como Enfermeiro na atual UBS/ESF:	_____ anos _____ meses
---	------------------------

Bloco II - Gestão do Cuidado

14) Atualmente quantas pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) estão adscritas na região de abrangência de sua ESF?	
--	--

15) A ESF que você coordena realiza assistência/cuidados a pessoas com HAS?	1. () Sim	2. () Não
---	------------	------------

16) Em sua ESF quais as dificuldades encontradas na assistência/cuidado a pessoas com HAS?	1. Mudança no estilo de vida	() Sim	() Não
	2. Adesão ao tratamento medicamentoso	() Sim	() Não
	3. Espaço físico inadequado	() Sim	() Não
	4. Falta de qualificação	() Sim	() Não
	5. Grande demanda	() Sim	() Não
	6. Não há prioridade de atendimento	() Sim	() Não
	7. Ausência de médico na equipe	() Sim	() Não
	8. Grupos Terapêuticos não efetivados	() Sim	() Não
	9. Retorno às consultas subsequentes	() Sim	() Não
	10. Ausência de material educativo	() Sim	() Não
	11. () Outra: _____		
	12. () Não possui		

17) A equipe (ou algum profissional da equipe) realiza a Estratificação de Risco Cardiovascular as pessoas com HAS?	1. () Sim	2. () Não
---	------------	------------

18) Se a resposta da questão 17 foi **NÃO**, passe para a questão n. 19. Já se na questão 17 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

18.1) A equipe organiza a atenção às pessoas com hipertensão com base na Estratificação de Risco Cardiovascular?	1. () Sim	2. () Não
18.2) Qual(s) profissional(s) realiza(m) a Estratificação de Risco Cardiovascular?	1. () Profissional de Educação Física 2. () Enfermeiro 3. () Médico Clínico Geral 4. () Médico esp. em Saúde da Família/ Atenção Básica 5. () Nutricionista 6. () Dentista 7. () Psicólogo 8. () Farmacêutico 9. () Fisioterapeuta 10. () Técnico de enfermagem 11. () Outro. Qual? _____	

Bloco III - Avaliação

19) Existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do cuidado dispensado aos usuários com HAS em sua ESF?	1. () Sim	2. () Não
20) Se a resposta da questão 19 foi NÃO , passe para a questão n. 21. Se na questão 19 a sua resposta foi SIM , siga a ordem das questões:		

20.1) Qual(s) profissional(s) se dedica(m) ao planejamento, gestão e coordenação do cuidado aos usuários com HAS?	1. () Profissional de Educação Física 2. () Enfermeiro 3. () Médico Clínico Geral 4. () Médico esp. em Saúde da Família/ Atenção Básica 5. () Nutricionista 6. () Dentista 7. () Psicólogo 8. () Farmacêutico 9. () Fisioterapeuta 10. () Técnico de enfermagem 11. () Outro. Qual? _____	
20.2) Atualmente, este(s) profissional(s) realiza(m) reuniões para avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos usuários com HAS?	1. () Sim	2. () Não
20.3) Atualmente o(s) profissional(s) elabora(m) relatório(s) com os resultados encontrados a partir da avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos usuários com HAS?	1. () Sim	2. () Não
20.4) Se sim, na questão 20.3, com qual frequência são elaborados estes relatórios?	1. () Semanal 2. () Quinzenal 3. () Mensal	4. () Semestral 5. () Anual 6. () Outro: _____

Bloco IV – Registro de Informação

21) Em sua ESF como é realizado o cadastro/registro das pessoas com HAS?	() Prontuário Manual	() Sistema de Registro Online Qual: _____
22) É realizado a atualização dos cadastros/registros das pessoas com HAS em sua ESF?	1. () Sim	2. () Não
23) Qual a periodicidade da atualização dos cadastros/registros de pessoas com HAS na sua ESF?	1. () Semanal 2. () Quinzenal 3. () Mensal	4. () Semestral 5. () Anual 6. () Outro: _____
24) Quem realiza a atualização dos cadastros/registros de pessoas com HAS na sua ESF?	1. () Médico 2. () Enfermeiro 3. () Técnico/Auxiliar Enf.	4. () ACS 5. () Outro: _____

Bloco V – Ações Assistenciais

25) Em sua ESF, qual(s) ação(s) é desenvolvida(s) na atenção/cuidado a pessoas com HAS?	1. Imunizações	() Sim	() Não
	2. Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos	() Sim	() Não
	3. Diagnóstico e tratamento de problemas odontológicos	() Sim	() Não
	4. Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, álcool e outras drogas	() Sim	() Não
	5. Diagnóstico e tratamento da obesidade	() Sim	() Não
	6. Diagnóstico e tratamento do sedentarismo	() Sim	() Não
	7. Diagnóstico e tratamento do tabagismo	() Sim	() Não
	8. Estratificação de risco cardiovascular	() Sim	() Não
	9. Consultas com médico	() Sim	() Não
	10. Consultas com enfermeiro	() Sim	() Não
	11. Atendimento junto aos profissionais do NASF	() Sim	() Não
	12. Encaminhamentos de especialidade	() Sim	() Não
	13. Dispensação de medicamentos e exames complementares	() Sim	() Não
	14. () Não possui		

26) Em sua ESF, existe data/horário específico para assistência/cuidados a pessoas com HAS?	1. () Sim	2. () Não
	Por que? () Excesso de demanda () Para organizar a demanda () Para melhor o acompanhamento do usuário () Para tornar o atendimento acessível () Não sei () Outro: _____	Por que? () Excesso de demanda () Não tem profissional médico na UBS () Atendimento é diário () Reduzido número de profissional () Não sei () Outro: _____

27) Em sua ESF, qual(s) profissional(s) participa(m) do atendimento a pessoas com HAS?	1. Assistente Social	() Sim	() Não
	2. Profissional de Educação Física	() Sim	() Não
	3. Enfermeiro	() Sim	() Não
	4. Médico Clínico Geral	() Sim	() Não
	5. Médico Esp. em Saúde da Família/ABS	() Sim	() Não
	6. Nutricionista	() Sim	() Não
	7. Dentista	() Sim	() Não
	8. Psicólogo	() Sim	() Não
	9. Farmacêutico	() Sim	() Não
	10. Fisioterapeuta	() Sim	() Não
	11. Técnico de enfermagem	() Sim	() Não
	12. Agente Comunitária de Saúde	() Sim	() Não
	13. () Outro. Qual? _____		

28) Em sua ESF são desenvolvidas pela equipe ações para redução de fatores de risco as pessoas com portadores de HAS?	1. () Sim	2. () Não
---	------------	------------

29) Se a resposta da questão 28 foi **NÃO**, passe para a questão n. 30. Se na questão 28 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

29.1) Como são realizadas estas ações?	1. () Consultas de enfermagem 2. () Consulta médica 3. () Grupos Terapêuticos 4. () Equipe NASF 5. () Encaminhamentos especialistas 6. () Outro: _____
29.2) Quais são as ações de educação em saúde realizadas para redução de fatores de risco as pessoas com HAS?	1. () Hábitos alimentares saudáveis 2. () Controle do peso corporal 3. () Controle de níveis pressóricos 4. () Prática regular de atividade física 5. () Redução no consumo de sal 6. () Malefícios do alcoolismo e tabagismo

	7. () Controle do estresse 8. () Outra: _____
--	--

Bloco VI – Organização e Serviço

30) Em sua ESF é realizada consulta médica a pessoas com HAS como uma ação programática?	1. () Sim	2. () Não
--	------------	------------

31) Se a resposta da questão 30 foi **NÃO**, passe para a questão n. 32. Se na questão 30 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

31.1) Nesta oportunidade é realizada a atualização da terapia medicamentosa do usuário com HAS?	1. () Sim	2. () Não
31.2) É realizada orientação e conciliação de medicamentos aos usuários com HAS por farmacêuticos?	1. () Sim	2. () Não
31.3) Qual a periodicidade da consulta médica prestada a pessoas com HAS na sua ESF?	1. () Sem frequência definida 2. () Frequência conforme estratificação de risco 3. () Mensal	4. () Trimestral 5. () Semestral 6. () Anual 7. () Outro: _____
31.4) Quem define a periodicidade da consulta médica prestada a pessoas com HAS na sua ESF?	1. () Médico 2. () Enfermeiro 3. () Técnico/Auxiliar Enf.	4. () ACS 5. () Usuário/Família agenda diretamente 6. () Outro: _____

32) Existe demanda de atendimento para agravos de saúde decorrentes da HAS, além das consultas programadas?	1. () Sim	2. () Não
---	------------	------------

33) Existe cota pré-estabelecida de exames complementares para portadores de HAS?	1. () Sim	2. () Não
---	------------	------------

34) A equipe encaminha os portadores de HAS a outros níveis de complexidade?	1. () Sim	2. () Não
34.1) Qual motivo do encaminhamento?	1. () Exames laboratoriais 2. () Exames de imagem 3. () Consulta com especialista	4. () Outro: _____
34.2) Se sim , qual(is) profissional(is) responsável(is) pelo encaminhamento?	1. () Médico 2. () Enfermeiro 3. () Técnico/Auxiliar Enf.	4. () ACS 5. () Recepcionista 6. () Outro: _____
34.3) A equipe mantém registro das referências, da contra referência e das solicitações de exames dos usuários com HAS?	1. () Sim	2. () Não

35) As pessoas com HAS acompanhadas em sua ESF conseguem através do SUS as medicações que necessitam para o tratamento?	1. <input type="checkbox"/> Sempre 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Nunca
---	---

36) Se a resposta da questão 35 foi **Nunca**, passe para a questão n. 37. Se na questão 35 a sua resposta foi **Sempre/As vezes**, siga a ordem das questões:

36.1) Onde conseguem retirar a medicação que necessitam?	<input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Farmácia popular <input type="checkbox"/> Farmácia Municipal <input type="checkbox"/> Farmácias em geral <input type="checkbox"/> Outro: _____
36.2) Com que frequência falta medicamentos receitados as pessoas com HAS?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às Vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

Bloco VII – Educação Permanente em Saúde

37) A sua equipe de ESF de modo coletivo ou por profissão recebeu algum tipo de qualificação/capacitação específica para assistência/cuidado a pessoas com HAS nos últimos 5 anos?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
--	---------------------------------	---------------------------------

38) Se a resposta da questão 37 foi **NÃO**, passe para a questão n. 39. Se na questão 37 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

38.1) Qual a ação de EPS sobre cuidados HAS foi desenvolvida com a sua equipe ou por profissional de forma individual?	
38.2) Quem participou de ações de EPS sobre cuidados de HAS?	

Bloco VIII – Ações de Enfermagem

39) Você realiza consulta de enfermagem com pessoas com HAS na sua ESF?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
---	---------------------------------	---------------------------------

40) Se a resposta da questão 39 foi **NÃO**, passe para a questão n. 41. Se na questão 39 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

40.1) Qual a periodicidade da consulta de enfermagem realizada a pessoas com HAS na sua ESF?	1. <input type="checkbox"/> Semanal 2. <input type="checkbox"/> Quinzenal 3. <input type="checkbox"/> Mensal 4. <input type="checkbox"/> Semestral	5. <input type="checkbox"/> Anual 6. <input type="checkbox"/> De acordo com a Estratificação de risco 7. <input type="checkbox"/> Outro: _____
40.2) A consulta é compartilhada com outro profissional?	1. <input type="checkbox"/> Sim Qual(s): _____ _____	2. <input type="checkbox"/> Não
40.3) Você realiza a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica no atendimento a pessoa com HAS?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

40.4) Em qual(is) teoria(s) de Enfermagem está embasada a sua SAE?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. () Não sei responder
--	--

41) Em sua ESF, como ocorre a assistência/cuidado de enfermagem a pessoas com HAS?	1. Realiza e atualiza a história clínica	() Sim	() Não
	2. Investiga hábitos alimentares	() Sim	() Não
	3. Identifica fatores de risco	() Sim	() Não
	4. Verifica peso e calcula IMC e RCQ	() Sim	() Não
	5. Verifica a pressão arterial	() Sim	() Não
	6. Realiza exame físico	() Sim	() Não
	7. Solicita e avalia exames complementares	() Sim	() Não
	8. Orienta sobre mudanças no estilo de vida	() Sim	() Não
	9. Informa sobre as complicações da doença	() Sim	() Não
	10. Oferece informações sobre uso correto dos medicamentos	() Sim	() Não
	11. Incentiva adesão ao tratamento	() Sim	() Não
	12. Realiza encaminhamento	() Sim	() Não
	13. Estabelece consulta de retorno	() Sim	() Não
	14. Registra informações no prontuário	() Sim	() Não
	15. () Outro: _____		

Bloco XI – Protocolos e Diretrizes

42) Existem protocolos para assistência/cuidados a pessoas com HAS em sua ESF?	1. () Sim 2. () Não 3. () Desconheço
--	---

43) Se a resposta da questão 42 foi **NÃO** ou **DESCONHEÇO**, passe para a questão n. 44. Já se na questão 42 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

43.1) Quais são esse(s) Protocolo(s)?	1. () Consulta de Enfermagem com renovação de receita 2. () Encaminhamento para atendimento nas especialidades 3. () Encaminhamento para internação hospitalar 4. () Encaminhamento para serviços de pronto-atendimento 5. () Outro: _____	
43.2) Este(s) Protocolo(s) foram produzidos por quem?	1. () Ministério da Saúde 2. () Secretaria Estadual de Saúde 3. () Secretaria Municipal de Saúde 4. () Equipe da ESF 5. () Órgãos representativos de classes profissionais 6. () Não Sabe 7. () Outro: _____	
43.3) Este(s) protocolo(s) é utilizado(s) de modo sistematizado?	1. () Sim	2. () Não
43.4) Quais profissionais utilizam este(s) protocolo(s)?	1. () Assistente Social 2. () Profissional de Educação Física 3. () Enfermeiro 4. () Médico Clínico Geral ou de Família 5. () Nutricionista 6. () Dentista 7. () Psicólogo 8. () Técnico de enfermagem 9. () Outro. Qual? _____	

Bloco X- Grupos Terapêuticos

44) A sua equipe de ESF realiza atividades em Grupos a pessoas com HAS?	1. () Sim	2. () Não
---	------------	------------

45) Se a resposta da questão 44 foi **NÃO**, passe para a questão n. 46. Se na questão 44 a sua resposta foi **SIM**, siga a ordem das questões:

45.1) Onde são realizadas as atividades em grupo às pessoas com HAS?	1. () No âmbito da UBS. 2. () Na associação de bairro/comunitária 3. () Em indústrias/empresas/lojas 4. () Em igrejas 5. () Em outros espaços _____
45.2) Quantos encontros de grupo são realizados por mês?	
45.3) Em média qual o número de pessoas com HAS que participam dos grupos?	
45.4) Qual(s) profissional(s) participa(m) das atividades de grupos a pessoas com HAS?	1. () Assistente Social 2. () Profissional de Educação Física 3. () Enfermeiro 4. () Médico Clínico Geral 5. () Médico esp. em Saúde da Família/ Atenção Básica 6. () Nutricionista 7. () Dentista 8. () Psicólogo 9. () Técnico de enfermagem 10. () Agente Comunitária de Saúde 11. () Outro. Qual? _____

46) **Em uma escala** de zero a dez, onde zero é a classificação mais negativa e dez a mais positiva indique com um "X" o número que corresponde ao quanto você considera:

46.1 Qualificação da assistência/cuidado prestado as pessoas com HAS pela sua ESF.	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Muito obrigada pela sua participação!

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Título da Pesquisa: Gestão do cuidado realizada por Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de agravos decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Objetivo: Analisar como ocorre a gestão do cuidado realizada por Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção de agravos decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Período da coleta de dados: Agosto a Novembro de 2018.

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos.

Local da coleta: Reunião de Coordenação de Atenção Básica dos Municípios da Região Carbonífera.

Pesquisador/Orientador: Fabiane Ferraz

Telefone: (48) 98833-3243

Pesquisador/Acadêmico: Gabriela Christ Ramos Nava

Telefone: (48) 98836-9314

9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para realização da pesquisa.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
Os dados serão coletados por meio de um questionário autoaplicável com 47 questões objetivas e descritivas, o qual será entregue aos enfermeiros gestores de Estratégia Saúde da Família, em reuniões mensais que os Coordenadores da Atenção Básica realizam nos municípios. O tempo estimado para preenchimento do instrumento é de no máximo 30min. Aos enfermeiros que não entraram nos critérios de exclusão, porém, não estiveram presentes na referida reunião, será feito contato telefônico prévio e agendado um momento para realizar a coleta <i>in loco</i> na ESF em que atua.
RISCOS
Os riscos para sua participação na pesquisa são mínimos, visto que se você aceitar participar do estudo, irá apenas preencher 1 questionário autoaplicável com perguntas fechadas. Asseguramos o anonimato visto que você será identificado apenas por códigos. Ainda, garantimos que você não será prejudicado,

visto que negociamos individualmente junto coordenação da atenção básica do seu município, a liberação dos enfermeiros para participar do estudo, pois estabelecemos com a coordenadora o melhor cronograma para a coleta de dados.

BENEFÍCIOS

Os **benefícios** ao aceitar participar do estudo, está no fato de que você estará colaborando com uma pesquisa científica que visa analisar como ocorre a gestão do cuidado realizado por enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção de agravos decorrentes da hipertensão arterial sistêmica. Acreditamos que a sua participação na pesquisa lhe possibilitará repensar suas práticas, bem como mobilizar a reflexão sobre o objeto do estudo.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) FABIANE FERRAZ, pelo telefone (48) 98833-3243 e/ou pelo e-mail olaFerraz@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723, ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
<p style="text-align: center;">Voluntário(a)/Participante</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: _____</p> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p style="text-align: center;">Pesquisador(a) Responsável</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: Fabiane Ferraz</p> <p>CPF: 951.924.330-53</p>

Criciúma/SC, _____ de _____ de 2018

ANEXOS

ANEXO A: PROJEÇÃO DO RISCO DE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA DE ACORDO COM O ESCORE DE FRAMINGHAM

1

HOMENS

idade	ponto
	s
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

2

Coolesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1

3

	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
Não Fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	8	5	3	1	1

4

HDL(mg/dl)	pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

5

PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada
<120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥160	2	3

MULHERES

idade	ponto
	s
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

2

Coolesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2

3

	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
Não Fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	9	7	4	2	1

4

HDL(mg/dl)	pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

5

PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada
<120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥160	4	6

Fonte: BRASIL, 2013.

ANEXO B: TABELA PARA DETERMINAÇÃO DE RCV EM 10 ANOS

HOMENS			MULHERES		
Total de pontos	Risco em 10 anos		Total de pontos	Risco em 10 anos	
<0	<1		<9	<1	
0	1		9	1	
1	1		10	1	
2	1		11	1	
3	1		12	1	
4	1		13	2	
5	2		14	2	
6	2		15	3	
7	3		16	4	
8	4		17	5	
9	5		18	6	
10	6		19	8	
11	8		20	11	
12	10		21	14	
13	12		22	17	
14	16	Risco em 10 anos: %	23	22	Risco em 10 anos: %
15	20		24	27	
16	25		≥25	≥30	
≥17	≥30				

Ajustar o escore aos seguintes fatores:

Multiplicar pelo fator de correção 1.5 se existir um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;

Multiplicar pelo fator de correção 2 se existir mais de um familiar de primeiro grau com doença arterial coronariana;

Multiplicar pelo fator de correção 1.4 se a pessoa tiver ascendência sul-asiática;

Multiplicar pelo fator de correção 1.3 para pessoas com IMC ≥ 30 kg/m².

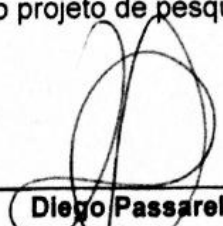
Fonte: BRASIL, 2013.

ANEXO C: CARTA DE ACEITE DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

Criciúma, 05 de julho de 2018

CARTA DE ACEITE

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários, que autorizamos as pesquisadoras a aplicarem o questionário relativo a pesquisa com as(os) enfermeiras(os) coordenadores de equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas nos municípios da Região Carbonífera/SC, pertencentes aos municípios cujos Secretários Municipais da Saúde compõem a Comissão Intergestores Regional de Saúde (CIR) Carbonífera, com sede junto a Associação dos Municípios da Região Carbonífera, localizada na Av Santos Dumont, 855, Milanese – Criciúma-SC, CEP: 88.803-200, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada **“GESTÃO DO CUIDADO REALIZADA POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS DECORRENTES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA”**, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Fabiane Ferraz (Orientadora), e da pesquisadora **Gabriela Christ Ramos Nava**, acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), de Santa Catarina, pelo período de trabalho de campo previsto no projeto de pesquisa.



Diego Passarela
Presidente da Comissão Intergestores Regional

Diego Passarela
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.798.728

CAAE: 94406918.3.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador (a): GABRIELA CHRIST RAMOS NAVA

Título: "GESTÃO DO CUIDADO REALIZADA POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS DECORRENTES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 03 de Agosto de 2018.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP